Nr. 37. 9. września 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stanisław MOSSOR. Lwów.

O niektórych rzadszych zjawiskach w płynach wysiękowych.

Z kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K.
Dyr. Prof. Dr. Roman Rencki.

Schorzenia jam surowiczych, wgląd w które umożliwiły zapoczątkowane przed 200 blisko laty nakłucia próbne (Lurde 1765), posiadają, jak wszystkie zresztą prawie zagadnienia dotyczące rozleglejszych zakresów patologicznych zmian w ustroju, dużo jeszcze stron niejasnych, które stoją w związku nie tyle może ze skąpą ilością odnośnych spostrzeżeń, — ile z niemożnością wytłumaczenia ich przez brak bliższych wiadomości o procesach ogólniejszych na tle których się rozgrywają, a które sięgają do podstaw zjawisk biologicznych.

Przedmiotem niniejszej pracy są znane od dawna, nie we wszystkich jednak szczegółach opracowane, wysięki opłucnowe ze znaczniejszemi ilościami komórek kwasochłonnych, dalej rzadkie nadzwyczaj wysięki zawierające jądrzaste czerwone ciałka krwi, wreszcie przypadek białaczki limfatycznej powikłanej wysiękowem schorzeniem opłucnej, które z czysto limfocytarnego, surowiczo-włóknikowego, przybrało cechy typowego zapalenia ropnego, pod wpływem przebytego włóknikowego zapalenia płuca.

O pierwszych dwóch sprawach pisał niedawno S t e f e k, zbierając spostrzeżenia z 78 przypadków schorzeń jam surowiczych, w odniesieniu głównie do diagnostyki płynów nowotworowych.

P r z y p. 1. Markus M., l. 52. *Pleuritis exsudat. haemorrhag. sin. Indur. apic. dextri.* Od 1904 r. do ostatnich czasów powtarzające się krwotoki płucne. W 1923 r. operowany z powodu mięsaka kości ramieniowej prawej, po pół roku z powodu nawrotu odjęcie kończyny górnej prawej w stawie barkowym. W czerwcu 1927 r. kłucie w boku lewym, zwłaszcza przy oddechaniu, suchy kaszel, zwyżki ciepłoty, — trwające kilka dni. Od 11. XI. z. r. podobne objawy, jednak o większem nasileniu. Stan obecny: 14. XI 1927: Budowa ciała, odżywienie mierne, nad obu szczytami przytłumienie, większe po lewej, stłumienie wypuku ze znacznem osłabieniem szmerów oddechowych od połowy łopatki lewej. Roentgenologicznie płyn do połowy łopatki. Przebieg choroby: pod wpływem leczenia (salicylaty, gorące okłady i t. d.), szybkie cofanie się wysięku. 5. XII. Płyn tylko w samym dole, zresztą zaś z wyjątkiem szczytów, wypuk jawny. 7. XII. wypisany. W ciągu całego pobytu stan bezgorączkowy. Badanie krwi 18. XI. 1907: ciałek białych 6600, czerwonych 4,680.000, Hb. 70, wskaźnik 0.7. Leukocytów obojętno-chłonnych segmentowanych 54.5, kwasochłonnych 11.0, zasado-chłonnych 1.0, limfocytów 28.05, monocytów 5.0. Odczyny Pirqueta, Wassermanna, Davisa ujemne, prątków Kocha nie stwierdzono, pasorzyty w stolcu nieobecne. Nakłucie próbne dnia 15. XI: wydobyto 30 cm^3 płynu krwawego, o cięż. gat. 1018, 2.5% białka, odcz. Rivalty dodatni. Prócz typowych komórek śródbłonkowych i licznych czerwonych ciałek krwi zawierał: leukocytów obojętno-chłonnych 56%, limfocytów 44%.

Dnia 16. I. 1928 przyjęty ponownie podaje, że w kilka dni po opuszczeniu kliniki ponowiły się bóle i kłucie w okolicy serca i w boku lewym, duszność, kaszel ze skąpą plwociną śluzową, bez zwyżek ciepłoty. Badaniem stwierdza się obecność płynu półtora palca niżej kąta łopatki lewej, rozległe tarcie opłucnowe. Dnia 30. I. stan podmiotowy dobry. Roentgenologicznie przepony gorzej ruchome, kąty wolne. Pole płucne lewe w górnej połowie o gorszej przepuszczalności dla promieni. Wypisany 8. II. 1928. Prócz nieznacznych zwyżek w pierwszych dniach pobytu, ponownie bez gorączki. Badania na prątki. Kocha w dalszym ciągu bez wyniku. Badanie krwi dnia 18. I. 1928: Ciałek białych 8600, czerwonych 4,870.000, Hb. 76, wskaźnik 0.8. Leukocytów obojętno-chłonnych segmentowanych 68.0%, pałeczkowych 1.6%, młodych 0.4%, kwasochłonnych 1.2%, zasadochłonnych 1.2%, limfocytów 24.8%, monocytów 2.8%.

Nakłuciem próbnem dnia 17. I. wydobyto 10 cm^3 krwawego płynu o odczynie Rivalty dodatnim i 2% białka. W osadzie: leukocytów obojętno-chłonnych 32.0%, leukocytów kwaso-chłonnych 26.0%, leukocytów zasado-chłonnych 1.0%, limfocytów 41.0%.

Przyjęty po raz trzeci dnia 12. II. 1928 z bólami i kłuciem w pasze lewej, ciepłotą do 39°, bez objawów wolnego płynu opłucnowego. Roentgenologicznie: przepony gorzej ruchome, płuca o gorszej przepuszczalności dla promieni. W górze po lewej przyścienny cień wielkości pięści dziecka, ostro odgraniczony i wysycony (płyn międzypłatowy, zrost?). Od 12. do 17. II. ciepłota 38 do 40°, do 21. II. ponad 38°, od 24. II. prawidłowa. Do końca brak płynu. Wypisany dnia 15. III. z objawami zagęszczenia prawego szczytu. Badanie krwi 16. II. 1928: ciałek białych 9.200 w tem leukocytów obojętno-chłonnych segmentowanych 44.8%, pałeczkowatych 20.4%, młodych 17.2%, razem 82.4%. Kwaso-chłonnych 0.8%, tucznych 0%, limfocytów 15.6%, monocytów 1.2%.

Z krótko przedstawionego przebiegu choroby wynika, że w opisanym przypadku osobnik od długiego szeregu lat obarczony łagodnie przebiegającem gruźliczem schorzeniem prawego płuca, przebył trzykrotnie w krótkich odstępach czasu, wysiękowe, krwawe zapalenie opłucnej, w końcu otorbione zapalenie opłucnej może centralne płuca lewego (znaczne przesunięcie w lewo, wysoka ciepłota!), zakończone zupełnie pomyślnie, o czem świadczy badanie rentgenologiczne i wynik badania fizykalnego przy odejściu.

P r z y p. 2. Daniel H., l. 28. *Typhus abdominalis in indiv. c. tubercul. fibro-ulcerosa lobi sup. dextri. Tromboplılebitis venae femor. sin. Pleuritis haemorrhag. dextra.*

15. XI. 1927. Od 2 tygodni bóle głowy, łamania w kończynach, ciepłota 38.5—40°. Stan obecny: obraz duru brzusznego, w płucach: przytłumienie po stronie prawej nad szczytem i obojczykiem, z tyłu do grzebienia łopatki. Zaostrzone szmery oddechowe, po prawej w górze po kaszlu pojedyńcze drobne dźwięczne rzężenia. Przebieg duru dość ciężki, ciepłoty wahają się w dniach 15. XI. do 9. XII. od 38—39°, od 10—15. XII. ok. 37.5°.

16. XII. Wśród ponownego wzrostu ciepłoty do 38° silne kłujące bóle po stronie prawej w dole, przedmiotowo tylko objawy rozległego nieżytu oskrzeli.

19. XII. Płyn od połowy łopatki prawej, 23. XII. do kąta łopatki, 26. XII. trzy palce niżej kąta łopatki, objawy zapalenia żyły udowej lewej. 29. XII. granica dolna trzy palce niżej kąta łopatki prawej, rozległe tarcie opłucnowe. Przepona prawa nieruchoma. Wypisany 4. II. 1928. Odczyn Widala 1—400, Pirqueta dodatni prątków Kocha nie znaleziono. Podczas wielokrotnych badań krw komórki kwasochłonne nie przekraczały 2%.

20. XII. (Czwarty dzień objawów opłucnowych), nakłuciem próbnem wydobyto 150 cm^3 krwawego płynu, o cięż. gat. 1020, 8% białka. Leukocytów obojętno-chłonnych 86.8%, limfocytów 13.2%, obok licznych ciałek czerwonych krwi, typowych śródbłonków i makrofagów.

23. XII. nakłucie ponowne: 210 cm^3 płynu krwawego, mętnego, o cięż. gat. 1015, 6% białka. W osadzie: leukocytów obojętno-chłonnych 40.0%, leukocytów kwaso-chłonnych 46.8%, limfocytów 13.2%. Bardzo liczne komórki śródbłonkowe, fagocyty.

8. I. 1928 nakłucie próbne bez wyniku.

W przypadku niniejszym wystąpiły u osobnika gruźliczego w okresie ustępowania duru brzusznego objawy krwawego zapalenia opłucnej, które pozostawiły w następstwie zrosty opłucnowe, z unieruchomieniem przepony prawej.

P r z y p. 3. Dawid Sch., lat 46. *Infiltratio lobi sup. pulm. dextri et induratio sinistri. Pleuritis exsudat. sero fibrin. dextra. Hemiplegia dextra, in indiv. luetico* *).

2. VI. 1928. W 1906 r. zakażenie kiłowe, 9. I. 28 udar mózgowy. Przed 12 laty krwioplucie, nieznaczne również od kilku dni. Przed przyjęciem do Kliniki Neurologicznej 29. V. br. stany podgorączkowe, nie kaszle, nie odpluwa, bólów lub kłucia w piersiach nie odczuwa. Stan obecny: nad obu szczytami lekkie przytłumienie, granica dolna po prawej z tyłu dwa palce niżej kąta łopatki. Nieliczne dźwięczne drobne rzężenia nad szczytem prawym, w pasze i w okolicy łopatki prawej tarcie opłucnowe. Prawostronne porażenie połowicze. Rentgenologicznie: oba szczyty mniej powietrzne, w polu podszczytowem prawem drobne pasemkowo plamkowe nacieki. Kąt przeponowo-żebrowy prawy zacieniony (zrosty, płyn).

*) Z przypadku powyższego skorzystano za łaskawem pozwoleniem Dyrektora Kliniki Neurologicznej Prof. Dra Henryka Halbana.

Nakłucie opłucnowe 2. VI. Wydobyto 15 cm³ bursztynowo-żółtego, przejrzystego płynu o odczynie Rivalty dodatnim i 4% białka. W osadzie liczne ciałka czerwone typowe przybłonki, niektóre o wyglądzie monocytów. Leukocytów obojętno-chłonnych 25.6%, leukocytów kwaso-chłonnych 34.4%, leukocytów zasado-chłonnych 2.4%, limfocytów 38.0%.

Z powodu odejścia chorego z Kliniki w niedługim czasie, dalszych badań nie przeprowadzono.

I w tym przypadku wysięk opłucnowy, którego czasu trwania wobec braku wszelkich wywiadów stwierdzić nie było można, rozwinął się u chorego gruźliczego.

P r z y p. 4. Mojżesz O., lat 16. *Induratio apic. dextri. Ductus Botalii apertus. Pleuritis exsud. sero-fibrinosa dextra, pleuro-pericarditis. insuff. musc. cord.* Wywiady niezbyt ścisłe wobec małej inteligencji chorego. W styczniu br. wystąpić miały kłujące bóle z prawej strony klatki piersiowej, dreszcze, zwyżki ciepłoty do 39°. Po kilku dniach mierny kaszel ze skąpą plwociną. Objawy te ze zmiennem nasileniem trwać mają do przyjęcia dnia 9. V. br. Stan obecny: Po prawej w szczycie wypuk krótszy, zresztą jawny, 2 palce niżej kąta łopatki stłumienie; szmery oddechowe zaostrzone, z przodu po prawej i w pasze rozległe tarcie opłucnowe, tarcie osierdziowe, objawy niedomogi mięśnia sercowego. Rentgenologicznie: szczyt prawy gorzej powietrzny, kąt prawy zaciemniony, przepona prawa gorzej ruchoma, (zrosty, płyn). Fizykalnie i rentgenologicznie objawy *ductus Botalli apertus.* Ciepłota ciała poza nielicznemi zwyżkami do 37.5°, prawidłowa. Odczyn Pirqueta ujemny. Badanie krwi: ciałek białych 6900, w tem leukocytów obojętnochłonnych segmentowanych 62.4%, pałeczkowych 1.2%, młodych 0%, kwaso-chłonnych 2.0%, limfocytów 33.4%, monocytów 1.0%. Nakłucie próbne: wydobyto 100 cm³ przejrzystego płynu bursztynowo-żółtego o cięż. gat. 1019, 2% białka, dodatnim odczynie Rivalty. W osadzie prócz c. czerw. i licznych typowych śródbłonków, leukocytów obojetnochłonnych 2.0% leukocytów kwaso-chłonnych 35.0%, leukocytów zasado-chłonnych 1.0%, limfocytów 58.0%, komórek podobnych do monocyt. 4.0%.

12. V. Płyn na wysokości poprzedniej. 15. V. Granica dolna po prawej trzy palce niżej kąta łopatki. Nakłuciem płynu nie wydobyto. Wypisany 20. VI. 1928. Objawy niedomogi serca, zapalenia osierdzia i opłucnej ustąpiły, pozostawiając zrosty z unieruchomieniem granicy dolnej płuca prawego.

W przypadku tym, interesującym zresztą z powodu istnienia zaburzenia rozwojowego serca, gruźlicze tło schorzenia osierdzia i opłucnej, mimo nieznacznych zmian w płucach i ujemnego odczynu Pirqueta, wydaje się być niewątpliwem, chociażby z uwagi na niemożność wykazania innego podłoża i częstość gruźliczej etjologji w podobnych stanach.

W przytoczonych czterech przypadkach zwracają na siebie uwagę pewne szczegóły, które na tle spostrzeżeń zebranych z odnośnego piśmiennictwa zdają się być cechą „kwasochłonnych" wysięków opłucnowych. Na pierwszy plan wysuwa się ich podkład gruźliczy, według M o s n y i P o r t o c a l i s a spotykany w większości przypadków, poza nim znane są jednak podobne wysięki na tle urazu, u alkoholików, chorych nerwowych, w przebiegu chorób zakaźnych, zapalenia włóknikowego płuc, zakażenia posocznicowego, złośliwego zapalenia wsierdzia, w skazie krwotocznej, ziarnicy złośliwej itd. (S t e f e k). Dalszą cechą charakterystyczną jest ich dobrotliwość, wyrażająca się w krótkim i łagodnym przebiegu (przyp. 2 i 4), jałowości (w żadnym z przypadków zarazków nie wyhodowano), szybkiem cofaniu się płynu i braku w przebiegu większych zwyżek ciepłoty. W dwóch przypadkach płyn był bursztynowo-żółty, przejrzysty, jak większość opisywanych w piśmiennictwie francuskiem, dwukrotnie mętny, również dość typowo krwawy, bez cech wysięków ropnych, które należą do wielkich rzadkości, podobnie jak kwaso-chłonne przesięki. Odwirowany osad zawierał zawsze mniejsze lub większe ilości i gołem okiem widzialne ciałek czerwonych krwi, dużo zwykle komórek śródbłonkowych i makrofagów (przyp. 2), 26—46.8% komórek kwasochłonnych, które to ilości wydają się być średniemi, sądząc z opisywanych 14 do 95%, wreszcie zawsze prawie komórki tuczne (do 2.4%), na które zwrócili uwagę Mosny i Portocalis. W niektórych nie od początku spostrzeganych przypadkach (trzeci i czwarty), wysięk zawierał odrazu komórki kwasochłonne, w dwóch innych, znów zgodnie ze spostrzeżeniami autorów francuskich, przejście wysięku pierwotnie obojętno-chłonnego w kwaso-chłonny odbywało się nagle w ciągu kilku dni, zwiastując przeważnie odtąd szybkie ustępowanie zapalenia opłucnej. Równolegle z nakłuciami opłucnowemi przeprowadzane badania krwi raz tylko jeden (przyp. 1) wykazały znamienny spadek ilości kwasochłonnych krwi w związku ze wzmożeniem się ich w płynie wysiękowym, pozatem wobec małych wahań do żadnych wniosków one nie uprawniają. Analogiczny wzrost kwasochłonnych komórek w krwi w okresie ustępowania wysieku kwasochłonnego opisali B a u r, L e v y i P e t z e t a k i s.

Cechą najbardziej charakterystyczną i nasuwającą wiele trudności dla jednolitego wytłumaczenia istoty wysięków o dużej ilości kwasochłonnych, jest odrębny wygląd tych komórek. W przeciwieństwie do zwykłych dwujądrzastych komórek krwi, posiada większość ich po 3 jądra, rzadko tylko po dwa; wyjątkowo spotyka się komórki z jednem jądrem, zgodnie przez autorów uważanem za typowe dla komórek starzejących się, bliskich rozpadu. Kształt ich jest zresztą prawie zawsze doskonale okrągły, ziarnistości obfite, dobrze utrzymane, jak w ciałkach białych krwi. I to niezwykłe zachowanie się jądra komórek kwaso-chłonnych wysięków jest zdaje się główną przyczyną rozbieżności zapatrywań poszczególnych autorów na sposób powstawania takich wysięków. Co do przyczyny ich panuje zgodny naogół pogląd, że tworzą się one na skutek bodźców chemotaktycznych, którymi są zapewne jakieś ciała białkowe, tworzące się w opłucnej w przebiegu schorzenia — może jady zarazków — (prątka gruźlicy, Friedländera i i.) — przy mniejszym lub większym udziale układu wegetatywnego, jak to stwierdzano w procesach anafilaktycznych, przy pozajelitowem podawaniu różnych ciał białkowych i t. d. Według W i d a l a i D o m i n i c i, K r a y n a, M o s n y i P o r t o c a l i s a, P i s a n i i i. tworzą się komórki kwasochłonne w siedzibie wysięku: trzej pierwsi sądzą, że dzieje się to kosztem komórek śródbłonkowych, drudzy mieli widzieć tworzenie się ich z leukocytów obojętnochłonnych. Nie ulega wątpliwości, że słusznym jest jedynie pogląd Ehrlicha o ich szpikowem pochodzeniu, na co istnieją bardzo przekonywujące dowody w pracach M e n a r d a, W e i n b e r g a i S e g n i n a, S c h l e c h t a, S c h i t t e n h e l m a i A h l a i i.; do myślenia dają dziś może tylko spostrzeżenia Pisaniego, który w przypadku wysięku wielokomorowego opłucnej widział je obok siebie w ilości 53 i 5%, jednak nie równocześnie, co znacznie osłabia wartość jego wywodów. N ä g e l i twierdzi, że komórki kwasochłonne pochodzą tylko ze szpiku, a gdzieindziej tworzyć się mogą wyjątkowo przy metaplazji szpikowej tkanek, jak zwykle z myelocytów, w otoczeniu innych komórek młodych. W tkankach nie powstają a już w żadnym razie z limfocytów, śródbłonków lub ciałek obojętnochłonnych. Słusznie powiada G o r e c k i, że o warunkach powstawania eozynofilji trudno powiedzieć coś bliższego, bo i same komórki kwaso-chłonne są tajemnicze co do swego powstania i charakteru.

O ile w zagadnieniu poprzedniem główną rolę odegrało nierozstrzygnięte dotąd pochodzenie kwaso-chłonnych komórek w płynach wysiękowych, o tyle w kwestji płynów *z jądrzastemi ciałkami czerwonemi,* na plan pierwszy wybija się rzadkość tego zjawiska. Prócz wzmianki o nich w przytoczonej wyżej pracy S t e f k a, dalszych szczegółów spotkać nie mogliśmy w dostępnem nam piśmiennictwie z tego zakresu, nie wyłączając dużych nawet podręczników hematologji; z tego też względu zasłużyć powinny na uwagę następujące dwa spostrzeżenia:

P r z y p. 5. Prokop Pr., lat 34. *Lymphogranuloma malign. Infiltr. tbc. apic. dextri. Pleuritis exsud. sinistra, sicca dextra. Pneumothorax artif. dexter.*

13. I. 1928. Przed szeregiem lat zauważył w pasze lewej powiększający się zwolna guz, który obecnie osiągnął dzisiejszą swą wielkość jabłka. Od trzech miesięcy występują podobne guzki po obu stronach szyi i w pasze prawej, ostatnio w obu dołkach nadobojczykowych. Ze strony narządu oddechowego niema większych dolegliwości. Badanie przedmiotowe stwierdza rozległe powiększenia gruczołów chłonnych szyi, obu pach, zwłaszcza lewej i pachwin, niekiedy w pakietach, mających wielkość śliwki do jabłka. W płucach przytłumienie nad obu szczytami, od kąta łopatki lewej stłumienie. Wszędzie zaostrzone szmery oddechowe, w okolicy największego stłumienia zniesione. Rentgenologicznie: oba szczyty i pola podszczytowe dość intenzywnie zaciemnione, kąt lewy zaciemniony (płyn). Cienie wnękowe o zwapniałych i powiększonych gruczołach. *Tbc. fibrosa densa,* płyn. — W ciągu półrocznego pobytu w Klinice stan chorego ulegał zmiennym wahaniom w odniesieniu zwłaszcza do zachowania się rozmiarów uporczywego nadzwyczaj wysięku, na który nie miały większego wpływu środki, stosowane zwykle w leczeniu konserwatywnem. Poprawę osiągnięto dopiero przez systematyczne leczenie odmą piersiową, tak, że chory opuścić mógł Klinikę ze śladami tylko wolnego płynu opłucnowego, przy znacznem zmniejszeniu się wymienionych wyżej gruczołów i zupełnej poprawie stanu ogólnego. Badania krwi wykazywały zawsze dość typowe dla ziarnicy złośliwej zachowanie się ilościowe i jakościowe poszczególnych rodzajów krwinek, i tak, mierną niedokrwistość o charakterze wtórnym (3,975.000—4,540.000 c. cz. o wskaźniku mniejszym niż jeden), i nieznaczną leukocytozę, wahającą się w granicach od 9400 do 19800 c. białych. W obrazie różniczkowym przeważały stale leuko-

cyty obojętno-chłonne (78—87%), kwasochłonne nie przenosiły 4%. Odczyn Pirqueta dodatni, Wassermanna ujemny, prątki Kocha obecne. Histologicznie badanie wyciętego gruczołu wykazało ziarnicę złośliwą na przejściu z okresu II. w III. Z wielokrotnie wykonywanych nakłuć opłucnowych przytoczone są najważniejsze. Nakłucie I: 15. I. 1928: wydobyto 100 cm³ żółtawego, mętnego płynu, o cięż. gat. 1017, 1.8% białka, odczynie Rivalty dodatnim. W osadzie liczne komórki śródbłonkowe, pojedyńczo olbrzymie, dwu- i więcej- jądrzaste i sygnetowe, makrofagi. Liczne ciałka czerwone.

Leukocytów obojętno-chłonnych 9.2%, leukocytów kwasochłonnych 5.2%, limfocytów 85.6%.

Nakłucie II. 7. III. wydobyto 100 cm³ płynu bursztynowo-żółtego, nieco mętnego, o cięż. gat. 1018, 2.0% białka, i składnikach morfotycznych jak w płynie I. Leukocytów obojętno-chłonnych 2.0%, leukocytów kwaso-chłonnych 3.0%, limfocytów 95.0%.

13. IV. Po opuszczeniu 1800 cm³ żółtawego, nieco mętnego płynu, założono odmę piersiową po stronie lewej (700 cm³).

15. IV .Nakłuciem opłucnowem wydobyto 850 cm³ żółltawego, nieco krwawego płynu, o cięż. gat. 1017, 1.5% białka, odczynie Rivalty dodatnim. W skąpszym niż dotąd osadzie stwierdzono prócz opisanych wyżej komórek śródbłonkowych i licznych czerwonych ciałek krwi leukocytów obojętno-chłonnych 12.0%, leukocytów kwaso-chłonnych 6.0%, limfocytów 82.0%.

Na 100 liczonych ciałek białych 3 normoblasty.

Dalsze badanie płynów wydobywanych przed każdem następnem dopełnieniem odmy, stwierdzało małe tylko odchylenia w ich zachowaniu się; obecności normoblastów już nie wykazano.

P r z y p. 6. Jan D., lat 71. *Sarcoma thymi. Metastas. pulm. dextri et glandul. peribronchial. Pleuritis exsudat. dextra.*

Ponieważ przypadek zostanie ogłoszony w całości gdzieindziej, podajemy tylko niektóre szczegóły, odnoszące się do zachowania się wysięku.

W końcu lutego br. nakłucie próbne dało 80 cm³ zielono-żółtawego, mętnego płynu o cięż. gat. 1011, dodatnim odczynie Rivalty, 0.75% białka. W osadzie liczne cz. c. krwi, leukocytów obojętnochłonnych 8.8%, leukocytów kwaso-chłonnych 0.4%, limfocytów 83.2%, komórek przybłonkowych 7.2%, podobnych do plazmatycznych 0.4%.

Na 250 liczonych c. b. znaleziono 11 normoblastów, o typowem jądrze, w niczem nie odbiegających wyglądem od zwykłych jądrzastych ciałek czerwonych krwi. W kilka dni potem powtórzone nakłucie próbne stwierdziło podobne zupełnie zachowanie się płynu, w którym również obecne były normoblasty.

Zauważyć należy, że starannie wykonane preparaty w obu przypadkach, nie pozostawiały co do istnienia w nich wspomnianych tworów żadnych wątpliwości.

Podane obecnie przypadki wysięków opłucnowych z jądrzastemi ciałkami krwi, łącznie z zebranymi na dawniejszym materjale Kliniki przez S t e f k a, a spostrzeganymi w wysiękach nowotworowych, ziarnicy złośliwej i białaczce szpikowej, dowodzą, że obrazy podobne są napewno częste, mimo braku wzmianki o nich w piśmiennictwie; nietrudno przytem dowieść możliwości ich powstawania. Oddawna bowiem znane są przypadki nowotworzenia się ciałek czerwonych krwi w ogniskach, mających w życiu pozapłodowem daleki, lub nawet żaden znany bliżej związek z układem szpikowym, jak n. p. w śledzionie, wątrobie, gruczołach chłonnych, nerkach, a nawet w skórze. Przebiega ono śródnaczyniowo w rozszerzonych naczyniach włosowatych, niekiedy w tkance łącznej w związku z naczyniami i komórkami przydanki, a spostrzegano je w przytoczonych wyżej narządach u ludzi, w niedokrwistościach pokrwotocznych, niedokrwistości złośliwej i innych, w nowotworach szpiku, w chorobach zakaźnych, jak ospa, błonica, zimnica, kiła, wreszcie po naświetlaniach śledziony promieniami Roentgena. Przebiegać ma ono zawsze w związku z powstawaniem ognisk szpikowych, nigdy nie widziano go w otoczeniu nacieków limfatycznych. Skąd biorą się te młode ciałka czerwone trudno powiedzieć, — większość autorów sądzi, że powstają one w miejscu. N a e g e l i przypuszcza, że pochodzą one z niezróżnicowanych komórek mezenchymalnych, i zaprzecza stanowczo możliwości przechodzenia limfocytów lub myeloblastów w ciałka czerwone, jako nigdy niedowiedzione, a także ze względu na swe zapatrywania o swoistości i odrębności komórek krwi. Jamy surowicze ustroju, posiadające właściwości anatomiczne i czynnościowe tkanki łącznej i utkania chłonnego, mogą być według zapatrywań powyższych siedzibą powstawania jądrzastych ciałek czerwonych, i jest rzeczą badań doświadczalnych wykazać teoretyczną tego możliwość. Czy i jaki wpływ na pojawienie się w płynie przyp. 5 normoblastów miało stosowanie sztucznej odmy piersiowej, przesądzać nie chcemy. — Nie wysnuwając z podanych wyżej spostrzeżeń dalszych wniosków, przytoczymy w końcu słuszne uwagi S t e f k a o możliwości omyłek w rozpoznawaniu normoblastów nawet w dobrze sporządzonych preparatach, polegających na uważaniu za ciałka jądrzaste „małych, okrągłych komórek wielkości limfocytów, o pierwoszczy drobno-ziarnistej, niekiedy zlewającej się, barwiącej się różowo z odcieniem niebieskawym, o jednem jądrze okrągłem, o zatartej budowie“, a które są tylko obojętno-chłonnymi leukocytami w okresie zwyrodnienia.

Wysięki opłucnowe wikłające białaczkę limfatyczną czy szpikową, nie muszą być zjawiskiem zbyt częstem, skoro brak np autorom podręczników hematologji własnych spostrzeżeń i uciekają się do dawnych doniesień obcych. Rzecz zrozumiała, jeżeli zważy się, że schorzenie to dotyka naogół ludzi zupełnie zresztą zdrowych, w tem znaczeniu, że niewiadomo nic o jakiejś do niego predyspozycji, zwłaszcza w odniesieniu do gruźlicy, a co zatem idzie, już a priori odpornych na zmiany opłucnowe. Czy opisywane podobne przypadki stały w związku z właściwym procesem chorobowym, czy, jak sądzić można z tytułu cytowanej przez D o m a r u s a pracy, z jakiemś powikłaniem, trudno powiedzieć wobec lakoniczności cytaty; nie od rzeczy w każdym razie będzie w zakończeniu niniejszego zestawienia podać interesujący przebieg schorzenia opłucnej u chorego z białaczką limfatyczną.

P r z y p. 7. Franciszek W., lat 44. *Lymphadenosis subleucaemica. Pleuritis sero-fibrinosa, postea pyothorax dexter.*

26. I. 1928. Od połowy października z. r. bóle w podżebrzu lewem, ciepłoty do 38°; brak kaszlu, kłucia, dreszczów; wezwany lekarz stwierdził zapalenie opłucnej. Po 2 tygodniach znaczne zmniejszenie się objawów, spadek ciepłoty do normy; po dalszych 2 tygodniach zauważył chory powiększanie się gruczołów podszczękowych i pachwinowych, śledziony, ogólne osłabienie i bóle w kończynach. Stan obecny: bladość skóry, gruczoły podszczękowe, szyjne, karkowe i pachwinowe wielkości grochu do fasoli w pachach orzecha włoskiego. Klatka piersiowa wysklepiona gorzej po stronie lewej, drżenie głosowe tamże słabsze. W szczycie prawym przytłumienie, zresztą wypuk jawny, po lewej od połowy łopatki stłumienie odgłosu, w dole cichy szmer oskrzelowy. Serce bez zmian, wątroba 2 palce niżej łuku, śledziona 5 palców niżej łuku, twarda. Rentgenologicznie jednolite zaciemnienie pola płucnego lewego od grzebienia łopatki. Odczyn Pirqueta i Wassermanna ujemny, ciepłoty niestałe podgorączkowe. W krwi ciałek białych początkowo 50.100, po naświetlaniach prom. Roentgena 6.950, czerwone w ilości 3,350.000—4,540.000, o wskaźniku 0.8 do 1.1; w obrazie różnicowym początkowa limfocytoza 87.0%, spada do 48.8%. Odczyn opaskowy dodatni. — Pod wpływem energicznego leczenia naświetlaniami prom. Roentgena i wstrzykiwaniami arsacetyny, powolne cofanie się zmian gruczołowych, jak również ustępowanie płynu, który sięgał w dniu odejścia chorego z Kliniki dnia 21. III. 1928 zaledwie 2 palce niżej kąta łopatki. Wielokrotne jego badanie dawało następujące wyniki (podane są tylko niektóre):

28. I. Nakłucie I: płyn bursztynowo-żółty, nieco mętny o ciężarze gat. 1020 i 4% białka. W 1 mm³ 15.600 ciałek białych, samych typowych limfocytów małych.

Od 5. II. codzienne naświetlania promieniami Roentgena.

12. II.: Płyn o właściwościach podobnych, ciężar gat. 1022, 7% białka. W 1 mm³ 5000 c. b., na 1000 limfocytów 1 leukocyt obojętno-chłonny.

20. II.: Płyn jak poprzednio, białka 5%, 2100 c. b. w 1 mm³; obojętno-chłonnych nie stwierdzono przy dłuższem szukaniu.

Po opuszczeniu Kliniki czuł się dość dobrze, ciepłoty dochodziły do 37.2°. Przyjęty ponownie 23. III. Płyn po lewej trzy palce niżej kąta łopatki, zresztą bez zmian.

24. III. Nakłucie próbne: płyn bursztynowo-żółty, lekko mętny, o cięż. gat. 1025, 5% białka. Rivalta dodatni. Na 1000 limfocytów 3 leukocyty obojętno-chłonne. Wypisany 3. IV.

Przyjęty poraz trzeci 14. VI. 1928, podaje, że wkrótce po opuszczeniu Kliniki przechodził lewostronne włóknikowe zapalenie płuca, które trwało około 2 tygodnie, pozostawiając znaczne osłabienie ogólne, brak łaknienia, uczucie ciężkości w piersiach.

Stan obecny: Wielkość gruczołów chłonnych, wątroby i śledziony, jak przy pierwszym pobycie, lewa strona klatki piersiowej wyraźnie zapadnięta, drżenie głosowe po lewej całkowicie zniesione, od 2-go żebra z przodu w całej pasze i od grzebienia łopatki lewej z tyłu, zupełne stłumienie odgłosu. Rentgenologicznie: Pole płucne lewe do wysokości obojczyka wykazuje jednolite zaciemnienie, szczyt znacznie gorzej powietrzny; cień środkowy przepchany ku stronie prawej, rysunek płuca prawego zagęszczony. W krwi 7200 c. b., 3.010,00 czerw. obojętno-chłonnych 44.8%, kwaso-chłonnych 5.2%, limfocytów 44.8%, monocytów 4%, tucznych 1.2%.

Nakłucie opłucnowe kilkakrotnie wykonane stwierdzało obecność stale brudno-żółtej, gęstej, bezwonnej, jałowej ropy, której c. gat. wynosił w pierwszem badaniu 1019, białko obecne było

w 2%. W osadzie stwierdzało się stale rozpadłe przeważnie leukocyty obojętno-chłonne, tu i ówdzie tylko dobrze utrzymane, obfity detritus. Badań różniczkowych przeprowadzać nie było można z powodu wielkiej ilości mas bezpostaciowych i złej barwliwości rozpadających się komórek.

Po kilkakrotnem upuszczeniu płynu i przepłukiwaniu jamy opłucnowej roztworem jodu, przy równoczesnem ponownem stosowaniu arsacetyny i forsownem odżywianiu, stan chorego poprawił się o tyle, że ilość c. czerwonych powróciła do osiągniętej poprzednio cyfry 4,500.000, chory czuł się silniejszym i mógł 5. VII. opuścić Klinikę. Płyn sięgający w dniach ostatnich poniżej połowy łopatki, nie zmienił w niczem zupełnie swoich właściwości.

Że w pierwszej fazie, limfatycznego wysięku opłucnowego, mieliśmy u naszego chorego do czynienia ze zmianami białaczkowemi w opłucnej jako tłem, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości. Przemawia zatem w pierwszym rzędzie ilość w płynie ciałek białych, wynosząca 15.600, podczas kiedy Winiarski (cyt. za Goreckim) podaje ich w wysiękach 60—300 i 1500—3000 w płynach zapalnych, — dalej zupełny prawie brak w nim komórek obojętnochłonnych i innych tworów morfotycznych poza limfocytami, stanowiącymi jedyny, trwale utrzymujący się składnik. O białaczkowej etjologji schorzenia opłucnej mówi dalej równoległe z krwią zmniejszanie się ilości ciałek białych w wysięku pod wpływem promieni Roentgena, wreszcie długie, ponad 4 miesiące utrzymywanie się procesu. Z przebyciem włóknikowego zapalenia płuca lewego, które, jak w spostrzeganym przez nas dawniej przypadku białaczki limfatycznej, na obraz krwi nie wywarło najmniejszego wpływu, zmienił się zupełnie obraz wysięku, nie różniącego się odtąd w niczem od znanych, często po zapaleniu płuc spotykanych, ropnych wysięków opłucnowych.

Skoro uwzględni się, że znaczne nieraz zmniejszanie się procentowe obojętno-chłonnych komórek w krwi nie dowodzi wcale wyczerpania czynnościowego szpiku, gdyż ilości ich bezwzględne długi czas odpowiadają normie, — łatwo zrozumie się możliwość tworzenia się wielkich nawet, miejscowych nagromadzeń komórek obojętno-chłonnych, np. w postaci nacieków zapalnych, lub ropy, jak u naszego chorego, mimo braku wahań w obrazach krwi i widocznych z jej strony odczynów.

Piśmiennictwo.

Baur, Levy i Petzetakis: Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. T. 25, Nr. 5. — Clarke: Journ. of the Amer. med. assoc. T. 79, Ref. Zbl. 26. — Domarus: Die Leucaemie. Kraus Brugsch, T. VIII. — Gorecki: Schorzenia opłucnej w świetle nowych poglądów, r. 1926. — Krayn: Münch. med. Woch. 26, 1921. — Ménard: Cpt. rend. des seanc. de la soc. de biol. 74. — Mosny i Portocalis: Journ. de physiol. et de pathol. gén. T. 15, 1923. Neutra: cyt .Domarus. — Page: Lancet 128. Ref. Zentrbl. 12. Pisani: Haematologica T. 2, Zbl. 18. — Schotter: Münch. med. Woch. 41, 1922. — Steck: Polska Gaz. Lek. 43, 1927. — Weinberg i Séguin: Cpt. rend. des seanc. de la soc. biol. 74 i 75.

Jerzy GLASS. Warszawa.

Prosta metoda kliniczna oznaczania zawartości bilirubiny we krwi.

Z I-ego Oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr. A. Landau.

Do oznaczania ilości bilirubiny we krwi istnieje cały szereg metod. Podzielić je można na 3 grupy (Piotrowski).

Jedne z nich opierają się na zwykłem rozcieńczaniu lub na porównaniu barwy surowicy żółtaczkowej z roztworem sztandartowym (metody Blankenhorsta i Meulengrachta). Są to próby względnie najprostsze, dla celów klinicznych użyteczne, nie wyrażają one jednak zawartości bilirubiny w cyfrach bezwzględnych i mają źródło błędu w innych ciałach barwnych, zawartych w surowicy.

Do drugiej grupy należą metody oparte na odczynie dwuazowym i na wytworzeniu czerwonej azo-bilirubiny (met. Van den Bergha, Haselhorsta i Andersen-Thannhausera). Są to próby najdokładniejsze, wyrażające zawartość bilirubiny w cyfrach bezwzględnych, i mimo pewnych błędów, tkwiących w tem, że i związki indolowe i pyrrolowe też dają tę samą reakcję, pozwalają z dużą dokładnością obliczyć ilość bilirubiny we krwi; wykonanie ich jednak wymaga nieco dłuższego czasu, aparatury specjalnej, roztworów sztandartowych i t. d.

Ostatnia wreszcie grupa metod opiera się na własności bilirubiny łatwego utleniania się i przechodzenia w zieloną biliwerdynę. Na tej zasadzie wypracowana jest próba Foucheta, polegająca na strąceniu bilirubiny kwasem trójchlorooctowym i na późniejszem utlenieniu jej chlorkiem żelazowym; na tejże zasadzie polega metoda Herzfelda (utlenienie bilirubiny w biliwerdynę za pomocą odczynnika Hammerstena). Jednakże metody te albo wymagają specjalnej skali barwnej (jak met. Foucheta), lub też dają wynik niezupełnie zgodne z próbami dwuazowemi (wg. Frigyera metoda Herzfelda daje cyfry 10-krotnie wyższe niż próba Van den Bergha).

W roku 1908 Steensma, a w kilkanaście lat po nim Sabatini, zastosowali próbę azotynową do wykrywania małych ilości bilirubiny we krwi i w kale. Obadwaj ci autorzy używali w tym celu roztworu azotynu sodowego i rozcieńczonego kwasu solnego, i metodę tę stosowali wyłącznie jako próbę jakościową.

Na podstawie odczynu azotynowego, który stosowałem do wykrywania barwników żółciowych w moczu, wypracowałem własną, prostą metodę ilościową, oznaczania zawartości bilirubiny we krwi.

Zasada tej metody jest następująca: Pod wpływem stężonego kwasu solnego z $^1/_2$%-go roztworu azotynu sodowego (t. zw. odczynnika Diazo II) wywiązuje się kwas azotowy, który utlenia natychmiast bilirubinę, znajdującą się we krwi, w zieloną biliwerdynę. Zabarwienie to będzie tem silniejsze, im więcej bilirubiny zawiera osocze. Przygotowując szereg rozcieńczeń metodą Roberts-Stolnikowa i dodając do kropli stężonego kwasu solnego i $^1/_2$%-wego natrium nitrosum, w razie hiperbilirubinemji otrzymamy w szeregu probówek zielone zabarwienie. Będzie ono silniejsze tam, gdzie osocze nie jest rozcieńczone, będzie słabło w kierunku większych rozcieńczeń, aż wreszcie w pewnem rozcieńczeniu zabarwienie zielone nie wystąpi zupełnie.

Chcąc uniknąć błędnych obliczeń i wyrażać ilość bilirubiny nie w cyfrach oderwanych lecz jednostkach Van den Bergha, wypracowałem tę metodę, stale porównując ją z próbą Van den Bergha. Okazało się, po wielokrotnych badaniach, że ślad zielonego zabarwienia, utrzymujący się przeszło $^1/_2$ minuty zjawia się już w takiem rozcieńczeniu osocza, w którem znajduje się $^1/_4$ jednostki Van den Bergha t. zn. przy zawartości bilirubiny 1.25 mg w litrze osocza.

Na tej zasadzie oparłem obliczenie.

Opis metody:

Do statywu dwupiętrowego wstawiamy dwa szeregi małych probówek; zarówno szereg górny jak szereg dolny winien składać się z 6-ciu małych probówek, takich jakich się używa do wykonania odczynu Widala; powinny być one jednakowej wielkości, grubości, zrobione z cienkiego szkła i dobrze wysuszone. Do wszystkich 12-tu probówek wlewamy dokładnie z pipety po 1 cm^3 wody, z wyjątkiem probówki pierwszej w szeregu górnym, do której dodajemy 2 cm^3 wody.

Teraz do pierwszej probówki w szeregu górnym i do pierwszej w szeregu dolnym wlewamy po 1 cm^3 osocza; następnie wykonywamy szereg rozcieńczeń met. Roberts-Stolnikowa. Zaczynamy od szeregu dolnego. Z pierwszej probówki, po dokładnem zmieszaniu wody z osoczem, przenosimy pipetą 1 cm^3 do probówki drugiej; z probówki drugiej, po zmieszaniu, przenosimy 1 cm^3 do probówki trzeciej; potem w ten sam sposób z trzeciej do czwartej do piątej i t. d. Wreszcie z ostatniej szóstej probówki 1 cm^3 odlewamy. W ten sposób w szeregu dolnym każda probówka będzie zawierała 1 cm^3 płynu, przyczem osocze będzie w każdej następnej probówce dwa razy bardziej rozcieńczone. To samo robimy z szeregiem górnym probówek w identyczny sposób przenosząc z probówki do probówki po 1 cm^3 idąc z lewa na prawo; po wykonaniu rozcieńczeń w szeregu górnym odlewamy po 1 cm^3 z probówki pierwszej i szóstej, i w ten sposób znów każda probówka będzie zawierała tylko po 1 cm^3 płynu.

Tą drogą otrzymujemy dwa szeregi rozcieńczeń; w dolnym szeregu, idąc od probówki pierwszej, będziemy mieli rozcieńczenia osocza $^1/_2$, $^1/_4$, $^1/_8$, $^1/_{16}$, $^1/_{32}$ i $^1/_{64}$, — w szeregu górnym, idąc od strony lewej — rozcieńczenia $^1/_3$, $^1/_6$, $^1/_{12}$, $^1/_{24}$, $^1/_{48}$ i $^1/_{96}$.

Po wykonaniu rozcieńczeń zarówno w szeregu dolnym jak i górnym, wlewamy z pipety do wszystkich probówek w rzędzie dolnym dokładnie po jednej kropli 0.5%-ego natrium nitrosum idąc od strony lewej do prawej; następnie w tej samej kolei dodajemy z drugiej pipety dokładnie po jednej kropli stężonego kwasu solnego. Po wlaniu ostatniej kropli kwasu solnego do ostatniej probówki w szeregu dolnym, wstrząsamy dopiero każdą probówkę oddzielnie, znów idąc w tym samym porządku, t. zn. z lewa na prawo, w kierunku wzrastających rozcieńczeń. Po wstrząśnięciu ostatniej probówki, czekamy 15—20 sekund, poczem dopiero odnotowujemy probówkę, w której jeszcze jest ślad zielonego zabarwienia. Robić to najlepiej w ten sposób, że odwróciwszy się plecami od światła, wyjmuje się po kolei probówki ze statywu, poczynając od największych rozcieńczeń, t. zn. od probówek, w których już

zabarwienia zielonego niema i porównywa się je między sobą na białem tle.

Następnie identycznie to samo powtarzamy z szeregiem górnym probówek; t. zn. idąc znów od strony lewej, dodajemy do każdej probówki z pipety po jednej kropli $^{1}/_{2}$%-go azotynu sodowego, potem w tej samej kolei z drugiej pipety dokładnie po 1 kropli stężonego kwasu solnego, wstrząsamy probówki jedną po drugiej, czekamy 15—20 sekund i odczytujemy w sposób podany wyżej, w której probówce jest jeszcze ślad zielonego zabarwienia.

Obliczenie jest proste. Ta probówka, która wykazuje jeszcze ślad zielonego zabarwienia, utrzymujący się po wstrząśnięciu przeszło 20 sekund, zawiera jeszcze $^{1}/_{4}$ jednostki Van den Bergha.

Obliczenie przeprowadza się w sposób następujący:

Przykład 1: Przypuśćmy, że w szeregu dolnym w probówce czwartej, a w szeregu górnym w probówce trzeciej jest jeszcze ślad zielonego zabarwienia. Probówka czwarta w szeregu dolnym ma rozcieńczenie $^{1}/_{16}$, znaczy więc, że osocze rozcieńczone 16-krotnie zawiera jeszcze $^{1}/_{4}$ jedn. V. d B.ergha. Następna piąta probówka w tym szeregu ma już rozcieńczenie $^{1}/_{32}$, w probówce tej już niema śladu zielonego zabarwienia, znaczy to, że osocze rozcieńczone 32-krotnie już $^{1}/_{4}$ jedn. nie zawiera.

W probówce trzeciej w szeregu górnym, gdzie jeszcze był ślad zielonego zabarwienia, mamy rozcieńczenie $^{1}/_{12}$, w następnej (czwartej) probówce, gdzie już niema odcienia zielonego, osocze jest rozcieńczone 24-krotnie. Zestawiając obadwa szeregi, górny i dolny, stwierdzamy, że w rozcieńczeniu $^{1}/_{12}$ i $^{1}/_{16}$ jeszcze znajduje się $^{1}/_{4}$ jdn. bilirubiny, zaś w rozcieńczeniu $^{1}/_{24}$ i $^{1}/_{32}$ już jej niema. Zwężając te granice, przyjąć musimy, że osocze w rozcieńczeniu $^{1}/_{16}$ zawiera jeszcze $^{1}/_{4}$ jedn. bilirubiny, a w rozcieńczeniu $^{1}/_{24}$ już tyle nie zawiera; bierzemy średnią między $^{1}/_{16}$, a $^{1}/_{24}$ — czyli $^{1}/_{20}$, ułamek ten odwracamy, mnożymy przez $^{1}/_{4}$ jedn. i otrzymujemy liczbę 5 jednostek. A że 1 jednostka V. d. Bergha odpowiada zawartości bilirubiny 5 mg w litrze osocza, znaczy to, że osocze badane zawiera 25 mg bilirubiny w litrze.

Przykład 2: Przypuśćmy, że zabarwienie zielone wystąpiło tylko w dwóch pierwszych probówkach zarówno w szeregu dolnym jak i górnym.

Druga probówka w rzędzie dolnym ma rozcieńczenie $^{1}/_{4}$, druga w szeregu górnym — rozcieńczenie $^{1}/_{6}$. W następnych probówkach, które mają rozcieńczenia $^{1}/_{8}$ w szeregu dolnym, a $^{1}/_{12}$ w szeregu górnym, zabarwienia zielonego już niema, czyli nie zawierają one już $^{1}/_{4}$ jednostki. Zwężające granice, przyjąć musimy, że w rozcieńczeniu $^{1}/_{4}$ i $^{1}/_{6}$ jeszcze znajduje się $^{1}/_{4}$ jedn. bilirubiny, a w rozcieńczeniu $^{1}/_{8}$ i $^{1}/_{12}$ już jej niema; bierzemy średnią między $^{1}/_{6}$ i $^{1}/_{8}$ — czyli $^{1}/_{7}$, odwracamy ułamek, mnożymy przez 0.25 jednostki — i otrzymujemy liczbę 1.75 jedn. V. d. Bergha, czyli zawartość bilirubiny 8.75 mg w litrze osocza.

Dla uproszczenia obliczenia podaję jeszcze tabelkę:

Wykonanie całej metody trwa przy pewnej wprawie 5—6 minut i wymaga 2 cm³ osocza. Jeszcze kilka uwag w sprawie samej techniki wykonania.

Osocze powinno być dokładnie odwirowane i przejrzyste. Jeśli osocze jest shemolizowane, to trudno uchwycić ślad zabarwienia zielonego, należy więc bardzo dokładnie przestrzegać, żeby krew nie uległa hemolizie.

Dodając odczynniki, należy dokładnie opuszczać do każdej probówki tylko po jednej kropli; niema to wielkiego znaczenia przy wlewaniu azotynu, za to dodanie już jednej kropli więcej kwasu solnego da duży strąt, co uniemożliwi odczytanie. Zwykle po dodaniu już jednej kropli kw. solnego powstaje nieznaczny męt, który jednak zupełnie nie przeszkadza w odczytaniu.

Probówka w szeregu dolnym	Probówka w szeregu górnym	Liczba jednostek v. d. Bergha	Zawartość bilirubiny w mgr. w litrze osocza
w której zjawia się zielone zabarwienie			
0	0	0.50	2.50
1	0	0.62	3.10
1	1	0.87	4.35
2	1	1.25	6.25
2	2	1.75	8.75
3	2	2.5	12.5
3	3	3.5	17.5
4	3	5.0	25.0
4	4	7.0	35.0
5	4	10.0	50.0
5	5	14.0	70.0
6	5	20.0	100.0
6	6	28.0	140 0

Dalej należy dokładnie przestrzegać czasu 15—20 sekund po wstrząśnięciu ostatniej probówki (co z czasem potrzebnym, na wstrząśnięcie wszystkich probówek wyniesie przeszło pół minuty). Probówka, która zawiera już mniej niż $^{1}/_{4}$ jedn. bilirubiny może dać też minimalny ślad zabarwienia zielonego, który jednak zniknie natychmiast, utrzymując się natomiast przeszło pół minuty w tej probówce, w której jest bilirubiny więcej niż $^{1}/_{4}$ jedn.

Nie wolno też i dłużej czekać, gdyż biliwerdyna, która się wytworzyła pod wpływem kwasu azotowego, w krótkim czasie przechodzi już w bilicjaninę, blednie i przybiera odcień niebieskawy, a jeszcze po kilku lub kilkunastu minutach zamienia się w żółto-brunatną choleteline.

Jeszcze kilka słów w sprawie samego zabarwienia:

Jeżeli osocze zawiera normalną ilość bilirubiny, to po dodaniu odczynników albo nie przybiera wcale zielonej barwy, albo przyjmuje odcień bardzo słabo zielonkawy, który się najłatwiej uchwycić daje przez porównanie z próbką osocza, do którego nie dodano odczynników.

W razie hiperbilirubinemji występuje zielone zabarwienie, które przy liczbach 3—4 jednostek jest bardzo intensywne. Przy pewnej wprawie, po dodaniu odczynników do osocza nierozcieńczonego, można natychmiast osądzić, czy jest hiperbilirubinemja czy też bilirubina znajduje się w ilości normalnej.

Zwykle tą próbą, czysto już jakościową, poprzedzałem samo obliczenie, o ile bowiem przy tej próbie zabarwienia zielonego wcale nie będzie, albo będzie ono bardzo słabe, to wtedy już można nie robić rozcieńczeń. Jednakże, by oprzeć się można było na samej próbie jakościowej, należy zdobyć pewną wprawę.

Przy próbie ilościowej, o ile niema hiperbilirubinemji, to naturalnie w żadnej probówce albo tylko w pierwszej w szeregu dolnym wystąpi ślad zabarwienia zielonego, utrzymujący się po wstrząśnięciu probówek przeszło 20 sekund. W razie wzmożenia ilości bilirubiny we krwi i dalsze probówki będą wykazywały zabarwienie zielone. Zaznaczyć tu muszę jeszcze raz, że jedynie barwa zielona lub odcień zielonawy są miarodajne przy obliczeniu.

O ile barwników żółciowych jest we krwi bardzo dużo, to można oczywiście dla zaoszczędzenia czasu zacząć odrazu od przygotowania większych rozcieńczeń. Metoda, przeze mnie opracowana, ma zastosowanie czysto kliniczne. Jako metoda podręczna, pozwala ona oznaczyć w przeciągu 5—6 minut zawartość bilirubiny w osoczu z błędem nie przekraczającym 10%. Przy cyfrach bilirubiny nie wyższych niż 10 jednostek, błąd wahać się może w granicach $^{1}/_{4}$ do 1 jednostki, przyczem przy liczbach do 5 jednostek błąd nie przekracza z reguły $^{1}/_{2}$ jednostki. Przy liczbach od 10—20 jedn. błąd zwykle nie jest większy niż 1—2 jedn. Zresztą dla celów klinicznych niema to wielkiego znaczenia, czy osocze zawiera 10 czy 12 jednostek — błąd zaś w metodzie tej przy liczbach do 5 jednostek jest bardzo mały.

Metoda ta nie pozwala naturalnie różnicować, czy mamy do czynienia z bilirubiną hemolityczną czy mechaniczną, służy ona (jak i wszystkie inne metody poza próbami dwuazowemi) wyłącznie do oznaczania ilości barwników żółciowych w osoczu.

Nie roszcząc pretensji do zupełnej dokładności ,metoda przeze mnie opracowana, pozwala jednak w ciągu 5—6 minut, z pomocą odczynników, które się znajdują w każdej pracowni, bez odbiałczenia, wirowania, bez specjalnej aparatury, klinów, bez roztworów sztandartowych i skomplikowanych odczynników, oznaczyć zawartość bilirubiny we krwi z dokładnością dla celów klinicznych zupełnie dostateczna.

Piśmiennictwo.

1) Piotrowski: Presse medicale, 1222—1224, 1925. — 2) Frigyér L.: Klin. Woch. 12, 1923, cyt.: wg. Berichte ü. d. ges. Physiologie, t. 19, 1923. — 3) Steensma: Zentralblatt f. d. ges. Phys. u. Pathol. des Stoffwechs. N. F. 3, 231—2, cyt. wg. Jahresber. d. Thierchemie (Maly) 38, 1908. — 4) Sabatini: Policlinico, 1922, t. 26, cyt. wg. Berichte ü. d. ges. Physiologie, t. 15, 1923.

Dr. HELENA FISCHÓWNA Kraków
Dr. TADEUSZ KELLER
Dr. BRONISŁAW STĘPOWSKI

Porównawcze badania nad odczynem Wassermanna i Meinickego u płodu oraz w różnych okresach porodu i połogu.

Z kliniki położ. ginekol. w Krakowie Prof. dra Aleksandra Rosnera i z Zakładu Med. Dośw. U. J. Prof. dra Juljana Nowaka,

Systematycznie od kilku lat prowadzone badania serologiczne na położniczym materjale kliniki krakowskiej mają cel następujący:

1) Zorjentowanie się w położniczym materjale kliniki pod

względem zakażenia kiłowego, co ma wielkie znaczenie nietylko dla przyszłości dziecka i kobiety, jako matki ale i społeczne.

2) Stwierdzenie, czy okres płodzenia t. j. ciąża, poród i połóg nadaje się do badań serologicznych.

3) Jaka krew najlepiej odpowiada temu celowi, żylna, czy pozałożyskowa względnie, czy użycie tej lub tamtej krwi jest obojętne.

4) Czy badanie krwi płodowej daje odpowiedź zadawalającą odnośnie do istnienia lub braku kiły u płodu.

5) Czy zachodzą różnice w wynikach badań serologicznych w ciąży, podczas porodu i w połogu.

Materjał pracy przedstawia się następująco:

Wykonano ogółem 1600 odczynów Wassermanna i Meinickego, z tego jednorazowo u położnic 1025 prób nienależących do t. zw. kompletów.

Kompletów wykonano 115, co odpowiada próbom pojedyńczym 460.

Komplet stanowią cztery próby wykonane: 1) z krwią żylną rodzącej w I-szym względnie II-gim okresie porodu; 2) z krwią pępowinową; 3) z krwią pozałożyskową zebraną z łożyska możliwie najczyściej i 4) z krwią żylną położnicy w pierwszym tygodniu połogu.

Poza kompletami wykonano 60 prób z krwią pępowinową płodów, u których matek wykonano badania w połogu.

U ciężarnych wykonano 55 odczynów w ostatnich dniach przed porodem. Ta stosunkowo mała ilość badań u ciężarnych tłomaczy się brakiem oddziału dla ciężarnych w klinice.

W każdym wypadku robiono próbę z surowicą czynną i z surowicą unieczynnioną, z trzema antigenami Bordeta, Mc. Intosha i z antigenem ze serca zwierzęcego (0,3 surowicy, 0,3 komplementu świeżego, 0,3 antigenu, 0,3 amboceptora, 0,3 krwinek — razem półtora cm).

Każdy odczyn Wassermana porównywano z odczynem zmętnienia oryginalnym sposobem Meinickego. W ostatnich czasach zaczęto stosować barwną odmianę tego odczynu według Borowskiej z instytutu Lewina w Moskwie.

Przy odczytywaniu oznaczano wyniki liczbami 0, 1, 2, 3, 4. I tak czwórki same lub w połączeniu z trójką w próbie ze surowicą nieczynną uważano za wynik bezwzględnie dodatni, co też najczęściej wywiady i objawy kliniczne potwierdzały.

Jeśli jednak przy braku objawów klinicznych chora przeczyła, aby kiedykolwiek przebyła zakażenie kiłowe, a wynik dodatni utrzymywał się i w próbie powtórzonej kilka dni po pierwszej dodatniej, to uważano ten wynik za rozstrzygający o rozpoznaniu kiły utajonej i kierowano taką chorą do leczenia swoistego.

Zahamowania 1, 2 uważano za nieswoiste zahamowania, które zwykle w pierwszych dniach połogu znikają. Nieswoiste zahamowania dają najczęściej, jak wiadomo, surowice czynne i na samej próbie z surowicą czynną wyników nie opieraliśmy.

Badania przeprowadzone na naszym materjale dały odpowiedzi mniej więcej dokładne.

Co do I-go pytania, jak się przedstawia procentowo kiłowy materjał kliniki krakowskiej, to na 1140 prób w połogu było absolutnie dodatnich 33 czyli 2,906%.

Na 115 prób podczas porodu dodatnich 2 czyli 1,74%.

U ciężarnych na 55 prób było dodatnich 7 czyli 12,73%.

Ta wysoka liczba pochodzi stąd, że do kliniki przyjmuje się tylko ciężarne chore, między innemi podejrzane o kiłę.

Wymienione odsetki odpowiadały rzeczywiście zakażeniom kiłowym, co potwierdzały wywiady i czasem objawy kliniczne.

W porównaniu z uzyskanemi przez Ławrynowicza cyframi dla materjału warszawskiego (4—6% zakażeń kiłowych) materjał krakowski przedstawia się zatem korzystniej.

Różni autorowie różnie się zapatrują na to, czy okres ciąży, porodu i połogu nadaje się do badań serologicznych.

Chociaż istota odczynu Wassermanna jeszcze dziś nie jest ostatecznie wyjaśniona, to jednak wiadomo powszechnie, że nie jest ona swoista w znaczeniu bakterjologicznem dla krętka bladego, ale jest wynikiem adsorbcji pomiędzy dwoma kolloidami. Reagującemi kolloidami są z jednej strony jakościowo zmieniony zespół globulinowy kiłowej surowicy, z drugiej strony lipoidy wodnych lub alkoholowych wyciągów organów. Na czem polega ta zmiana jakościowa globulinów i w jaki sposób ustrój kiłowy ją powoduje, nie jest do dzisiejszego dnia wyjaśnione, ale możliwe, że dużą rolę odgrywa w tem system limfatyczny. Prawdopodobnie ta jakościowa zmiana globulinów nie jest wyrazem tworzenia się przeciwciał, ale nagromadzeniem się we krwi patologicznych produktów rozpadu komórek.

Słusznie więc przyjęto, że jeśli odczyn polega na zmianach w tkankach względnie w surowicy to i w innych sprawach chorobowych mogą się zdarzyć takie same zmiany i w zasadzie to przypuszczenie potwierdzono.

Okazało się jednak, że w kile odczyn ten występuje tak często, a w niekiłowych sprawach tak rzadko, że nie wpływa to na zmniejszenie praktycznego znaczenia tego odczynu, który chociaż nieswoisty dla krętka bladego jest jednak wysoce charakterystyczny dla kiły.

Opisano szereg chorób, które dają odczyn nieswoisty. Trafia się on w spirochetozach, w trądzie, płonicy, zimnicy, durze plamistym, ulcus tropicum, ulcus molle, lupus erythematodes acutus i po uśpieniu. Nieliczni autorowie opisują nieswoiste odczyny w przebiegu gruźlicy, łuszczycy, chorobie Basedowa, rzucawce porodowej i przy zatruciu ołowiem.

Zdaniem niektórych autorów (Boas) zahamowania te w dużej mierze polegają na niewłaściwej technice badania.

W okresie płodzenia t. j. w ciąży, podczas porodu i w połogu zachodzi w przemianie materji cały szereg zmian tak w lipoidach, jak i w dyspersji kolloidów białkowych, które mogą dawać odczyny nieswoiste w postaci słabych zahamowań.

Jak pouczają nas nasze badania, zahamowania te występują o wiele częściej w odczynach z surowicą czynną. Jako nieswoiste zahamowania uważamy te, które oznaczaliśmy liczbą 1, 2, a które w kontrolnych badaniach prawie się nigdy nie powtarzały. W materjale naszym na 1140 odczynów w połogu było 104 takich zahamowań z surowicą czynną czyli 9,13% a 62 czyli 5,44% z surowicą nieczynną.

Podczas porodu na 115 odczynów było nieswoistych zahamowań z surowicą czynną 21 t. j. 18,26% z surowicą unieczynnioną 3 t. j. 2,6%.

W ciąży na 55 badań było nieswoistych zahamowań z surowicą czynną 11 czyli 20% z surowicą unieczynnioną 0.

Tym słabym zahamowaniom odpowiadał zawsze ujemny wynik odczynu Meinickego

Silnie dodatnie, a więc specyficzne zahamowania oznaczane przez nas czwórkami lub trójkami występowały tak w surowicy czynnej, jak i unieczynnionej.

Na podstawie tych wyników stwierdzamy, podzielając zdanie znaczniejszej liczby autorów, że o d c z y n z s u r o w i c ą c z y n n ą m a z n a c z e n i e t y l k o p r z y r ó w n o c z e s n e m k o n t r o l o w a n i u g o w y n i k a m i o d c z y n u z s u r o w i c ą u n i e c z y n n i o n ą.

Wyprowadzanie wniosków, że dany osobnik jest chory na kiłę na podstawie jedynie wyniku odczynu Wassermanna z surowicą czynną jest conajmniej ryzykowne. Jeśli jednak wywiady lub objawy kliniczne przemawiają za kiłą należy brać pod uwagę i zahamowania z surowicą czynną.

We wszystkich naszych zahamowaniach silnych rozpoznanie kiły potwierdzały wywiady przy braku nawet objawów klinicznych.

Wobec tego stwierdzamy, że k o m p l e t n y c h z a h a m o w a ń w o k r e s i e p ł o d z e n i a z w ł a s z c z a j e ś l i p o w t a r z a j ą s i ę w o d c z y n a c h n a s t ę p n y c h n i e n a l e ż y b r a ć z a z a h a m o w a n i a n i e s w o i s t e t y l k o z a d o w o d y p e w n e j k i ł y.

Niespodziewany dodatni wynik odczynu w ciąży wymaga dokładnych wywiadów, badania klinicznego i kontrolnego badania krwi w połogu. Jeśli wynik w połogu jest znowu dodatni, rozstrzyga to o rozpoznaniu kiły.

Na podstawie naszych doświadczeń dochodzimy do wniosku, że o k r e s p ł o d z e n i a z n a k o m i c i e n a d a j e s i ę d o b a d a ń s e r o l o g i c z n y c h (o d c z y n W a s s e r m a n n a) i u j a w n i a k i ł ę u t a j o n ą albowiem 94% kobiet kiłowych bez objawów reaguje dodatnio.

Przeglądając piśmiennictwo spotkaliśmy się z podobnem zdaniem u szeregu autorów, jak Pankow, Neugarten, Sick, Boas i Gamelhoft.

Jeśli chodzi o rozstrzygnięcie pytania, jaka krew matki najlepiej się nadaje do odczynu Wassermanna, żylna, czy pozałożyskowa to porównawcze nasze badania zdają się świadczyć, że kompletne zahamowania występują zgodnie w krwi żylnej i pozałożyskowej.

Słabych zahamowań z surowicą czynną pozałożyskową na 115 odczynów było 16 t. j. 13,9% z tego 4 zgodnie z krwią żylną. Ze surowicą unieczynnioną było takich nieswoistych zahamowań 8 czyli 6,9%, z tego 3 zgodnie z krwią żylną.

Na tej podstawie dochodzimy do wniosku, że ze względu na łatwość pobrania krwi zwłaszcza w wypadkach, gdzie matka nie chce się zgodzić na wzięcie krwi z żyły lub gdzie badanie ma być dyskretnie zrobione, krew pozałożyskowa nadaje się zupełnie dobrze do odczynu.

Przy ujemnym wyniku badanie kontrolne z krwią żylną nie jest konieczne. Natomiast przy wyniku dodatnim badanie kontrolne jest nieodzowne, albowiem według niektórych autorów domieszka kwasu mlecznego, znajdującego się w pochwie, może spowodować zahamowanie nieswoiste. Należy jednak pamiętać o tem, że krew pozałożyskowa bardzo łatwo ulega rozkładowi i dlatego tylko zupełnie świeża nadaje się do odczynu, co obniża jej wartość w porównaniu z krwią żylną.

W piśmiennictwie spotyka się zdania bardzo sprzeczne. Niektórzy autorowie podają bardzo wysoki odsetek zahamowań nieswoistych z surowicą krwi pozałożyskowej, jakkolwiek znane są prace o wynikach zgoła odmiennych. Przypuszczalnie można część tych zahamowań nieswoistych wytłómaczyć tem, że używano starej krwi pozałożyskowej, część zaś tem, że zbyt słabe zahamowanie brano za wynik dodatni. Pozatem należy przypuścić, że wiele kobiet zaprzeczało, jakoby uległo zakażeniu kiłowemu, wobec czego, przy braku objawów klinicznych uwierzono wywiadom, a dodatni wynik odczynu tłómaczono zahamowaniem nieswoistem.

Krew pępowinowa daje zahamowania nieswoiste nie często. Na 175 odczynów z surowicą czynną było 12 nieswoistych zahamowań (6,86%), z nieczynną 1, czyli 0,57%.

Zahamowanie zupełne było jedno.

Czasem jedynym objawem kiły dziecka jest dodatni odczyn Wassermanna.

Krew pępowinowa płodów matek kiłowych urodzonych jednak bez objawów kiły daje wynik ujemny dlatego, że płód rodzi się w okresie wylęgania. W każdym takim przypadku konieczne są kilkakrotne próby kontrolne. Dopiero wyniki ujemne prób kontrolnych dowodzą braku kiły u dziecka, gdyż trwały ujemny wynik Wassermanna u dziecka istotnie kiłowego jest nieprawdopodobny.

Porównanie poszczególnych okresów t. j. ciąży, porodu i połogu wykazuje, że nieswoiste zahamowania występują w największej ilości w ciąży.

W połogu zmiany w kolloidach krwi cofają się bardzo szybko i nieswoiste zahamowania występują w nim jeszcze do trzeciego dnia, a po piątym dniu połogu należą już do rzadkości.

Podając ostateczne wyniki naszych badań stwierdzamy:

1) Materjał kiłowy położniczej kliniki krakowskiej U. J. wynosi 2%.

2) Okres płodzenia przy ostrożnościach powyżej wymienionych nadaje się zupełnie dobrze do badań serologicznych.

3) Krew pozałożyskowa przy zachowaniu wyżej wymienionych warunków użytą być może do odczynu Wassermanna.

4) Krew pępowinowa o ile daje wynik dodatni oznacza kiłę na pewno, ujemny wynik nie dowodzi braku kiły.

5) Zmiany kolloidalne w surowicy krwi ciężarnych cofają się bardzo szybko w połogu.

Piśmiennictwo.

1) Bazala: WAR/in der Grawidität, Geburt und Wochenbett. Casopis. Lekar. ceskych. Bd. 64. 1925. — 2) Belding: The Wassermann reaction in pregnant women. Americ. journ. of syphilis 1925. — 3) Boas und Gameltoft: Das Verhalten der WR bei der Geburt. Die Verwendbarkeit des Retroplacentarblutes. Arch. f. Ginekologie, Bd. 128/1926. — 4) Boas, Gameltoft und Sick: Das Verhalten der WAR bei der Geburt. Ist das Venenblut einer Gebärenden verwendbar? — 5) Brindeau: Résultats tirés de l'examen de 500 reaction de Bordet Wassermann chez la femme recemment accouché. — 6) Brown: On the influence of pregnancy on the Wassermann reaction and on the clinical manifestation of syphilis. Journ. obst. a. Gynecology of the British Empire. Vol. 30. 1923. — 7) Brunner: Die Wassermann Reaktion am Gebärbett. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynekol. Bd. 57. 1922. — 8) Bunzel: Zur Serodiagnostik der Lues i. d. Geburtshilfe. Wiener Klinische Wochenschr. 1909, b) 210 Fälle von Schwanger u. Wöchnerinen u. d. Wassermannreaktion. Münch. Med. Wochenschr. 1909. — 9) Burger und Heiner: Verwertung der Wassermann- und Sachs-Georgi Reaktion in der Geburtshilfe. Orvosi Hetilap Bd 68. 1924. Die Bewertung der Wassermanschen und Sachs-Georgischen Reaktion in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gynäkol. 1924. — 10) Deicher: Versuche mit dem neuen cholesterinfreien Meinicke Extrakte zur Syphilistrübungsreaktion. D. med. Wochenschr. 1923. Nr. 31. — 11) Esch: Ueber die Wertigkeit der positiven Ergebnisse von Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Schwangeren, Kreissenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol. Bd 117. 1922. — 12) Esch und Wieloch: Untersuchungen über die Wertigkeit der positiven Ergebnisse der Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Schwangeren, Kreissenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen und ihre praktische Schlussfolgerungen. Münch. med. Wochenschft. 1922. Nr. 25. — 13) Fairly and Fowler: The Wassermanntest. Med. Journ. Australia 1921. — 14) Finkener und Neugarten: Ueber die WAR unter der Geburt und ihre Bedeutung zur Erkennung der Syphilis bei Müttern und Neugeborenen. Arch. f. Gynäkol. Bd 122. 1924. — 15) Georgi und Handorn: Zur Zuverlassigkeit des serologischen Luesnachweis in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Münch. med. Wochenschrift 1923. Nr. 20. — 16) Handorn: Zur Frage der Bewertung der Serodiagnostik der Syphilis in der Schwangerschaft Zentralbl. f. Gynäkol. 1923. Nr. 34. — 17) Handorn und Georgi: Die Zuverlässigkeit der Serodiagnose der Lues in der Schwangerschaft unter der Geburt und im Wochenbett. Zentralbl. f. Gynäkol. Nr. 23. 1923. — 18) Heynemann: Die Bedeutung der WAR für die Geburtshilfe und Gynäkol. 1911. Nr. 3. — 119 Hinton: The Wassermann Reaktion in pregnancy. Amerik. Journal of syphilis. Vol. 7. 1923. — 20) Hohn und Gummert: Eignet sich das Retroplacentarblut zur Serodiagnostik der Syphilis. Münchener med. Wochenschrft. 1923. Nr. 36. — 21) Klaften: Ueber die Verwertigkeit der Meinicke Trübungsreakt. in der Geburtshilfe. Arch. f. Gynäkol. Bd 120. 1923. — 22) Klee und Hoffman: Ueber die Verwendbarkeit des Retroplacentar und Nabelvenenblutes zur Syphilis Diagnose. Monatsch. f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd 62. 1923. — 23) Knebel: Die Ergebnisse der systematischen Durchführung serologischer Luesreaktionen im Retroplacentarblut. Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49. — 24) Krukenberg: Sind Retroplacentar und Nabelvenenblut zur Diagnose der mütterlichen und kindlichen Syphilis durch die Wassermann Komplement Bindungsreakton verwentbar. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd 74. 1913. — 25) Lasseur et Vermelin: Le serodiagnostic de la femme enceinte ou récemment accouchée. Gynecol. et Obst. t. 7. 1923. — 26) Mac Cord: A Study of threehundred pregnant negro women having afour plus Wassermann. Americ Journ. of Obst. a. Gynecol. Vol. 9. 1925. — 27) Nevermann Serodiagnose der Syphilis in der Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Deutsch. med. Woch. 1923. Nr. 49. — 28) Nobécourt: Reaktion de Bordet Wassermann chez les accouchées et chez les enfants. Bull. de l'acad. de med. Tome 89. 1923. — 29) Opitz: Ueber die Bedeutung der WAR Luesreaktion für die Geburtshilfe. Med. Klinik 1908. — 30) Ostricl: Ueber den Wert der Bordet Wassermann Reaktion bei Neugeborenen. Ceska Dermatologie Bc 5. 1924. — 31) Pankow: Ergebnisse 10-jähriger Luesuntersuchungen bei Mutter und Kind unter der Geburt und im Wochenbett Zentralblatt f. Gynäkol. 1923. Nr. 26. — 32) Pomini: La reactione di Wassermann sul sanue retroplacentare. Policlinico sez. prat. Ann. 28. 1921. — 33) Richter: Die Bedeutung der Wassermannreaktion für die Geburtshilfe. Zentrbl. für Gynäkol. Jg. 47. 1923. — 34) Rüder: Klinische und serologische Erfahrungen mit der T. R. nach Meinicke bei Syphilis. Dermatol. Wochenschrift Bd 78. 1924. — 35) Sänger: Serologische Untersuchungen über die Erkennung und Häufigkeit der Syphilis bei Gebärenden. Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynäkol. Bd. 46. 1917. — 36) Stühmer und Dreyer: Die Unzuverlässigkeit der Serumuntersuchungen auf Syphilis bei Schwangeren und Gebärenden. Zeitschrift f. Geburts. und Gynäkol. Bd 84. 1921. — 37) Thaler: Ueber die Meinicke Trübungs R. in der Geburtshilfe. Arch. f Gynäkol. Bd 120. 1923. — 38) Thaler und Klaften: Ueber die Verwertbarkeit der MTR mit cholesterinierten und cholesterinfreien Extrakten in der Geburtshilfe. Zentr. f. Gynäkol. 1923. Nr. 40. — 39) Vassallo: Contributo allo studio della reazione di Wassermann nel campo obstetrico ginecologico. Riv. ital. di ginecol. Voll 1923. La reazione di Wassermann in gravidenza. Clin. ostetr. Ann. 1924. — 40) Willenbücher: Die Wassermansche und Sachs-Georgische Reaktion während der Geburt. Arch. f. Gynäkol. Bd 116. 1923.

P. KUBIKOWSKI Lwów

Działanie różnych soli barowych na izolowane jelito królika.

Z Zakładu Farmakologji U. J. K.

Związki soli barowych stosowane dawniej w wielu schorzeniach zostały obecnie wskutek trujących własności zupełnie usunięte z lecznictwa.

Ze związków tych najdłużej utrzymał się chlorek barowy wprowadzony do medycyny w wieku XVIII. Używany był dla poprawienia łaknienia, jako środek moczopędny, dla podniesienia czynności narządów trawiennych, wzmożenia ruchów jelit i t. p.

Z czasem jednak chlorek barowy został całkowicie wyparty przez jod, tak że dłuższy czas przestano go zupełnie używać.

Dopiero na podstawie prac Koberta 1) ponownie zaczęto stosować go w przypadkach schorzenia serca. Kobert o barze wyrażał się z entuzjazmem stawiając go na równi z naparstnicą.

Zaczęto więc używać chlorku barowego na wielką skalę w schorzeniach organicznych i czynnościowych serca.

Hare 2) poleca go jako tani lek, nie mający smaku, trujący tylko w dużych dawkach, a działający równoznacznie z naparstnicą, mający jednak nad nią tę przewagę, że nie wywołuje zaburzeń żołądkowych.

Jednakże doświadczenia Orłowskiego 3) kliniczne i eksperymentalne na sercu in vivo i izolowanem wykazały, że wskutek silnie trującego działania baru, oraz wogóle własności szkodliwych (zwężenie wszystkich naczyń wraz z wieńcowemi, porażenie mięśnia sercowego, wskutek częstego podawania, krótkiego okresu działania i t. d.) nie tylko nie może być mowy o działaniu analogicznem z naparstnicą, ale wogóle leku tego u sercowo chorych

Zajmowałem się głównie chlorkiem barowym (barium chloratum, azotynem (nitrosum) $(NO_2)_2$ i azotanem (nitricum) $(NO_3)_3$ stosując dla dokładnego porównania roztwory o tej samej zawartości baru tych soli, chociaż różnice pomiędzy niemi nie są znaczne, gdyż 1 g $BaCL_2$ zawiera 0,5622 baru, $Ba(NO_2)_2$:0,5554 a $Ba(NO_3)_2$: 0,5256.

Pisałem w płynie odżywczym Ringer-Locke'go przy dostępie powietrza. Po 15 minutach od założenia narządu zaczynałem zapisywać skurcze normalne, następnie po każdorazowem przemyciu, wprowadzałem roztwory badanych soli. Badanie zaczynałem od dawek małych, które stopniowo zwiększałem. Okazało się, że wszystkie roztwory soli podane w małych dawkach (n. p. 1:20000) zmieniały nieznacznie tylko charakter krzywej normalnej, czyniąc



Ryc. 1. $Ba(NO_2)_2$ 1:15000



Ryc. 2. $BaCl_2$ 1:15000



Ryc. 3. $Ba(NO_3)_2$ 1:15000



Ryc. 4.



Ryc. 5.

nie powinno się stosować. Zdanie to podziela cały szereg innych autorów. Jednakże niedawno Cohn i Lewine 4) zaczęli stosować chlorek barowy w ilości po 30—50 mg 3—4 razy dziennie w przypadkach całkowitego bloku sercowego z objawami zapadu i drgawek (zespół Adamsa-Stokesa) w celu przyspieszenia automatyzmu komór sercowych i uzyskali jakoby zdumiewające, natychmiastowe i długotrwałe wyniki lecznicze.

Chociaż działanie pobudzające baru na trzeciorzędne centra sercowe jest niewątpliwe, to jednak przesadne zwiększenie skurczu na niekorzyść rozkurczu, nasuwa poważne zastrzeżenie w stosowaniu go w lecznictwie.

Wiadomo, że w solach głównym czynnikiem działania jest katjon, jednakże nie wydawało się niemożliwe, że przesadnie systolityczne działanie chlorku barowego może będzie mniejsze przy innych anjonach, a zwłaszcza przy ONO (Nitrosum), który jak wiadomo poraża mięśnie gładkie

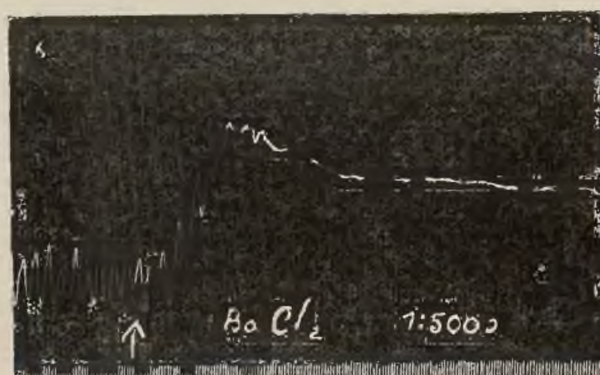
Badania na sercu żabiem metodą Leusdena, przy użyciu pisaka objętościowego (Schleyera) zdawały się wskazywać na to, że działanie azotynu barowego (barium nitrosum), różniło się o tyle od chlorku barowego (barium chloratum), że mniej przeszkadzało zupełnemu rozkurczeniu serca. Wszakże wyniki tych doświadczeń były niedość jednolite a dawkowanie bardzo trudne.

Wobec tego podjąłem się zadania wykazania różnicy w działaniu wymienionych soli barowych na narządzie izolowanym, którego czynność łatwo dokładnie mierzyć można z powodu równomierności skurczów i dość dużej czułości; za taki narząd służyło mi izolowane jelito królika.

Przeprowadzałem więc badania z różnemi solami baru w tej idzieji, że ewentualne różnice dadzą się ściśle wykazać.

ruchy wahadłowe jelita powolniejszemi i głębszemi, wyraźnych jednak różnic jakościowych przy użyciu różnych soli zaobserwować się nie dało.

Większe natomiast dawki (1:10000 i 1:15000) wywoływały wybitniejsze zmiany, charakteryzujące się większym skurczem, który stale utrzymywał się pozostawiając jelito w trwałym stanie



Ryc. 6.

zwiększonego napięcia (niezupełnego rozkurczu) czyniąc zaś ruchy nierównomierne i powolniejsze.

Przy dawkach 1:5000, 1:7500 i 1:2000 występował zawsze gwałtowny skurcz jelita i prawie zupełne zniesienie ruchów wa-

hadłowych, przyczem poziom krzywej stale utrzymywał się wysoko ponad normą a napięcie jelita pozostawało wciąż wybitnie zwiększone.

Pozatem przeprowadzono badania z solami baru na macicy świnki morskiej w Zakładzie Farmakologji U. W. Wobec znacznie większej czułości macicy podawano dawki o wiele mniejsze (1:100000) lecz otrzymano również podobny typ działania, przyczem stwierdzono również, że działanie chlorku barowego (barium chloratum) można znieść przez dodanie azotynu sodowego (natrium nitrosum) w odpowiednio dobranej — coprawda niewspółmiernie dużej — dawce.

Jako ostateczny wynik naszych badań należy przyjąć, że przy wszystkich wyżej wymienionych solach, jak również i przy barium bromatum nie udało się wykazać wyraźnej różnicy w mechanizmie działania.

W działaniu więc wszystkich soli barowych widać bezwzględną przewagę katjonu działającego wprost na mięśnie gładkie, tak że równoczesne działanie anjonu zupełnie się niweczy.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia na tem miejscu podziękowania JWPanu Prof. J. Modrakowskiemu za wskazówki w powyższej pracy, oraz JWPanu Doc. E. Leyce za cenne rady i pomoc.

Piśmiennictwo.

1) Kobert: Archiv für experimentelle Pathologie 1887. Bd XXII str. 77. — 2) Hare: Med. News 16/II 1899. — 3) Orłowski: Przegląd lekarski 1906. Nr. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. — 4) Cohn Lewine: Archives of Internacionale Medicine 1925. N. F. 36.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. A. KRASUSKI, asystent oddziału Warszawa

O leczeniu szczepieniami skórnemi przewlekłego gośćca stawowego

Z oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.
Kierownik oddziału doktór medycyny Czesław Otto.

Gościec stawowy przewlekły jest cierpieniem spotykanem bardzo często.

W Anglji w ciągu jednego roku na 13½ miljona członków Kas chorych na cierpienia gośćcowe chorowało 370.000 osób. Lipska Kasa chorych wykazuje, że na 100.000 ubezpieczonych przypadało 590 przypadków przewlekłego gośćca stawowego. — Niemiecki państwowy urząd statystyczny wykazuje za okres 1896 do 1899 r., że na 1000 inwalidów przypadało z powodu gośćca stawowego 62 mężczyzn i 82 kobiety. Wedle Zimmera w Berlińskiej Kasie chorych w 1920 r. na gruźlicę chorowało 1248 osób wtedy gdy na przewlekły gościec stawowy w tym samym czasie 7336 osób.

Gościec stawowy przewlekły znany był już w epoce przedhistorycznej, czego dowiodły badania M. Baudoin'a podjęte na kościach z grobów neolitycznych. Cierpienie to znane było egipcjanom, grekom i rzymianom. Ruiny Pompei zawierają cały szereg dowodów, że gościec stawowy przewlekły istniał już w I wieku ery chrześcijańskiej. Sydenham i Mus Grave traktują gościec stawowy przewlekły jako odrębną jednostkę chorobową. Landré-Beauvais (1800) odgranicza to cierpienie od dny.

Heberden (1804) i Hegard (1805) przeprowadzają dalsze różnicowanie tych cierpień. Lobstein, Colles Adams, Deville, Broc i Charcot prowadzą badania anatomiczne tego cierpienia. W tym okresie Jaccoud wyodrębnia reumatyzm włóknisty. Z nowszych autorów prace nad sprawą gośćca przewlekłego prowadzili Teissier Roque, Pierre Marie, Lery Rathery.

Większość autorów jest zdania, że do powstania gośćca stawowego przewlekłego niezbędnem jest podłoże konstytucjonalne ne fait pas du rhumatisme chronique qui veut. J. Teissier. Do ostatniego czasu sprawa gośćca stawowego przewlekłego była jeszcze bardzo mało zbadana i M. Sireday w 1915 r. pisał, że znajduje się ona w tem stadjum rozwoju co nauka o chorobach serca i płuc przed okresem Laennec'owskim.

Etiologja gośćca przewlekłego nie jest jednolita. Powodem gośćca stawowego przewlekłego bywają jedno lub wielokrotna infekcja, zaburzenia w przemianie materji, w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, lub wreszcie czynniki urazowe. Fr. Müller przypisuje wybitną rolę pewnym słabo toksycznym bakterjom (bakterje artropowe), które przenikając do krwi mogą wywoływać stany septyczne, którym towarzyszą przerzuty do stawów wywołujące obraz kliniczny gośćca ostrego lub przewlekłego. Choroby zakaźne ostre jak dur brzuszny, czerwonka, płonica, błonica, zapalenie płuc, mogą wywoływać nawroty gośćca.

Szczególnie częstemi są schorzenia stawów o charakterze przewlekłym na tle rzeżączki, gruźlicy, rzadziej luesu. W schorzeniach stawów o charakterze przewlekłym szczególne znaczenie diagnostyczne posiadają zdjęcia rentgenowskie. — Typowe obrazy rentgenologiczne daje dna, gruźlica, lues (periostitis, arthropatia tabetica). Przed rozpoczęciem leczenia wszelkiego rodzaju gośćca ważnem jest usunąć wszelkie te momenty, które przez swą obecność mogą sprzyjać rozwojowi cierpienia. Mam tu na myśl zmiany przewlekłe w migdałkach, zły stan zębów, zmiany zapalne ze strony nosa, ucha, zatok czołowych i szczękowych oraz furunkulozę. Baczną uwagę należy zwrócić na stan żołądka i jelit, gdyż cierpienie tych narządów może pogarszać sprawę.

Ostatniemi czasy wybitną rolę w leczeniu gośćca stawowego przewlekłego odgrywa terapja niespecyficzna. Leczenie to ma za zadanie aktywowanie protoplazmy. W tym celu stosują kollargol, wyciąg z chrząstek, siarkę, terpichinę, mleko. Substancje te wstrzyknięte domięśniowo wywołują odczyn w postaci podniesienia ciepłoty. Ciepłota powoduje zmiany kolloidalno-chemiczne i morfologiczne w składzie krwi oraz w przemianie materji.

Leczenie niespecyficzne nosi nazwę ergotropoterapji (Gröer) lub aktywacji protoplazmy (Weichard) lub wreszcie leczenia drażniącego (Bier). Stosowana od 2-ch tysięcy lat balneoterapja wszelkiego rodzaju wcierania, okłady, naświetlania światłem i promieniami Roentgena, stosowanie diatermji wszystko to stanowi odmiany leczenia drażniącego. R. Schmidt i Veil upatrują działanie dodatnie salicylu w wywoływaniu odczynów ogniskowych oraz w jego wpływie na ułożenie się jonów —innemi słowy mają na myśli jego działanie drażniące.

Systematyczne stosowanie terapji drażniącej rozpoczął Bier i jego szkoła. Dalsze badania nad tym leczeniem prowadzili Scharde, Goldscheider, Schmidt, Peritz, Eversbusch, Lange i inni.

Stosowanie proteinoterapji w całkowitej rozciągłości nie spełniło pokładanych w niej nadziei.

Leczenie gośćca stawowego przewlekłego za pomocą szczepień skórnych starą tuberkuliną wprowadzone przez Ponndorfa zwróciło poszukiwania w tym kierunku. Liebermeister, Hippel, Meiner, Nohl, A. Schmid, Rotschild i Kintzer stosowali leczenie starą tuberkuliną z zadowalającemi wynikami. Przy szczepieniu skórczu draśnięte naczynia chłonne i włosowate stanowią drogę, którą przenika do ustroju tuberkulina. Tuberkulina wywołuje wielki wpływ na tkanki i jak to wykazały badania P. Roudoni nawet in vitro pobudza ona ich oddechanie. Mając na względzie zbyt burzliwą reakcję jaką często wywierała stara tuberkulina Paul wybrał tuberkulomucynę Welemińskiego wyróżniającą się wywoływaniem silnego odczynu miejscowego



Ryc. 1. Miejsce szczepienia na ramieniu nacieramy eterem lub alkoholem.

i ogniskowego, przy słabem działaniu ogólnem. Zdolność limfy ospowej do wywoływania allergji co wykazały badania Ponndorfa, Einsiedela, Nagakawa uczyniły z niej część składową szczepionki Paula. Prócz tego autor wprowadził do szczepionki saprofitynę Günthera, celem wzbogacenia swej szczepionki bakteryjnemi ciałami proteinowemi wywołującemi odczyn skórny. Szczepienie dokonywa się według Paula przez 12 draśnięć skóry na zewnętrznej powierzchni ramienia. Głębokość tych draśnięć nie powinna przenikać przez warstwę rogową skóry.

E. Pribram wyraża zdanie, że leczenie szczepionką Paula jest skierowane przeciwko toksynom krążącym we krwi i wywołującym zmiany stawowe. Przy leczeniu swą szczepionką Paul nie zaleca w okresie leczenia jakichś szczególnych ograniczeń w diecie. Stosowanie innych środków leczniczych jak salicylanów, światłoleczenia, kąpieli uważa za wskazane, co również potwierdza



Ryc. 2. Skórę napinamy lewą ręką. Należy zwrócić przytem uwagę na pionowe ustawienie lancetu w stosunku do pola szczepienia. W ten sposób dokonywuje się 12 równoległych, bardzo płytkich, nie krwawiących nacięć skórnych; pole szczepienia zajmuje 4×5 cm. (Najlepiej korzystać przytem z oryginalnego lancetu szczepiennego Paul'a „Cutistyle Paul").

w swej pracy Prof. Cmundt. Zasadniczemi postulatami wedle Paula jest dobry ogólny stan chorego, zdolność odczynowa skóry, oraz brak wszelkich tych stanów, które stanowią przeciwwskazanie do leczenia drażniącego. Chorzy, osłabieni, wychudli, dotknięci ciężkiemi niewyrównanemi wadami serca lub schorzeniami nerek i wątroby nie mogą być poddawani leczeniu. Co się tyczy cukrzycy to wedle Cmundt'a przypadki lżejsze nie stanowią przeciwwskazania.



Ryc. 3. Z otwartej z obu stron po ostrożnem nadpiłowaniu rurki włosowatej wylewamy po kropli płyn szczepienny na powierzchnię szczepienia, a następnie wcieramy go tępą stroną lancetu tak długo, dopóki szczepionka równomiernie roztarta na całem polu szczepienia nie zostanie przez skórę wchłonięta. Następnie nakładamy suchy opatrunek z jałowej gazy.

Wychodząc z założenia, że przy leczeniu drażniącem „organizm nie powinien być przeciążony i musi mieć dany czas na reagowanie" (Böttner) Paul zaleca stosowanie szczepionki w większych odstępach czasu *).

*) Odstępy między szczepieniami wynoszą: I-II — 14dni; II-III — 4 tyg.; III-IV — 8 tyg.; IV-V — 12 tyg.

Paul otrzymał następujące wyniki: w grupie chorych z gośćcem zniekształcającym obserwował on w 64% poprawę, w 21% wyleczenie, w 15% leczenie nie wywarło znaczniejszej poprawy. Oprócz reumatyzmu Paul próbował leczenia swoją szczepionką przy rwie kulszowej i newralgji nerwu trójdzielnego i tu otrzymał również bardzo zachęcające wyniki. Muszę zaznaczyć, że Paul wyciąga swe spostrzeżenia z bardzo rozległego i wieloletnego doświadczenia. Z innych autorów również doskonałe wyniki otrzymywali Cmundt i Aygueber. Ten ostatni obserwował zwiększenie energji intelektualnej i fizycznej zatrzymanie rozwoju poprawy. Za szczególnie pomyślny objaw w sensie rokowania Aygueber uważa przyrost wagi ciała. Cmundt zaleca stosowanie szczepień w połączeniu z balneoterapją, o czem przekonał się na obfitym materjale leczonym w ten sposób w Piszczanach. Również dobre wy-



Ryc. 4. Typowe wytwarzanie się rys skórnych po 5—10 minutach.

niki od leczenia szczepionką Paula miał R. Latzel w przypadkach, gdzie salicyl nie działa. Na naszym oddziale szpitalnym stosowaliśmy Cuttivaccinę Paula od roku w przypadkach artretyzmu przewlekłego, zniekształcającego u ogółem 53 chorych szpitalnych, prócz tego mieliśmy 2 przypadki ischiasu oraz 1 przypadek nerwicy nerwu twarzowego, 2 przypadki artretyzmu Poncet'a. Oprócz tego próbowaliśmy leczenia Cuttivacciną Paula w 3 przypadkach asthma bronchiale. Wobec tego, że wszystkie przypadki omówić tu trudno podam wyciąg z historji choroby niektórych przypadków, gdzie leczenie cuttivacciną dało doskonałe wyniki.



Ryc. 5. To samo ramię po wykonaniu pięciu szczepień: nie stwierdza się żadnego wytwarzania blizn ani żadnych pozostałości po szczepieniach.

Przyp. I. Poliaarthritis rheumatica chronica.

S. J., l. 30, pracownica fabryczna, przybyła do szpitala ze skargami na silne bóle w kończynie lewej górnej, a szczególnie w okolicy stawu nadgarstkowego oraz w stawach palców. Ręka, a szczególnie dłoń silnie obrzmiała bardzo bolesna. Ciepłota dochodziła do 40°. U chorej rozpoznano reumatyzm stawowy, stoso-

wano jej cały szereg różnych smarowań, do wewnątrz salicyl, atofan, nagrzewanie szafkami Polano. Od stosowania tych zabiegów osiągnięto jednakże poprawę nieznaczną. Wówczas zastosowano szczepienia Cuttivacciną Paula. Już po pierwszym szczepieniu po przeminięciu po kilku dniach reakcji, która przebiegała z niezbyt wysoką ciepłotą, stwierdzono znaczną poprawę; bóle zmniejszyły się, samopoczucie znacznej uległo poprawie, w kilka dni po zastosowaniu szczepionki obrzęk kończyny zmniejszył się wydatnie. W dwa tygodnie wykonano szczepienie cuttivacciną Paula ponownie. Po drugiem szczepieniu stwierdzono poprawę jeszcze w większym stopniu; chora rozpoczęła wykonywać ruchy całą kończyną lewą. Chorej wykonano 5 szczepień ogółem. Po ukończonych szczepieniach stwierdziliśmy ogólną poprawę, wzmożenie łaknienia, przyrost na wadze (chorej przybyło 3 kg). Bóle ustąpiły zupełne. Ruchy w stawie nadgarstkowym i w stawach międzyfalangowych na razie w bardzo nieznacznym stopniu upośledzone. Chorą miałem możność obserwować w 2 miesiące po leczeniu. W tym czasie nie stosowano jej żadnych środków, prócz mięsienia. Ruchy w chorej kończynie powróciły zupełnie do normy.

Przyp. II. Poliarthritis rheumatica chronica.

R. M., l. 26. Chora krawcowa mieszkała cały czas w mieszkaniu wilgotnem. Odżywianie miała skąpe. Na trzy tygodnie przed zachorowaniem upadła i stłukła rękę, od tego czasu uczuwała w stłuczonej ręce bóle i darcia. 10 dni temu dostała gorączki do 38°, bóle uległy tak znacznemu nasileniu, że chora niemogła sypiać. Apetyt zmniejszył się znacznie. Przy badaniu stwierdza się obrzęk w stawie barkowym kończyny górnej lewej oraz w stawie łokciowym. Okolica stawu barkowego lewego zaokrąglona, obrzękła, skóra napięta niezaczerwieniona. Obmacywanie stawu barkowego sprawia bardzo znaczny ból. Wykonywane 3 razy w odstępach trzydniowych zastrzyki mleka domięśniowo spowodowały spadek temperatury do 37.8, bóle jednakże pozostały tak silne, że chora uskarżała się, iż nie może nocami sypiać. Dnia 5. III. chorej zastosowano cutivaccinę. 6. III. T. 37.9, odczyn w miejscu szczepienia nieznaczny. Obserwowano wzmożenie się bólów, które utrzymywało się przez jeden dzień. 8. III. bóle ustąpiły. 9. III. chora zaznacza, że bólów niema. 10. III. chora zaznacza, że bóle są bardzo słabe. 12. III. ważenie wykazuje, że chorej przybyło na wadze 1.8 kg. Chorej ogółem wykonano 5 szczepień w odstępach dwutygodniowych. Po wykonaniu wszystkich pięciu szczepień, obserwujemy powrót wyglądu kończyny do normy, obrzęki ustąpiły, chora bólów nie odczuwała. Ograniczenia ruchów nie obserwujemy. Obserwujemy przyrost na wadze 4 kg.

Przyp. III. Chora demonstrowana na posiedzeniu klinicznem w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Rozp. Poliarthritis gonococcica.

Chora lat 20, przybyła do szpitala 10 listopada 1927 r. z powodu silnych bólów kości wogóle, a szczególnie bólów w stawach łokciowych, garstkowych, stawach palców ręki prawej oraz bólów w stawie biodrowym i kolanowym prawym. Stawy te są obrzękłe, pokryte skórą połyskującą, napiętą, niezaczerwienioną. Chora znajduje się w V miesiącu ciąży, miewa od pewnego czasu upławy. Badanie bakterjologiczne stwierdziło w upławach w znacznej ilości dwoinki Neissera. Wobec więc znalezienia dwoinek Neissera i zjawienia się cierpienia w okresie ciąży rozpoznaliśmy, że tłem cierpienia jest zakażenie tryprowe. Wobec tego rozpoczęliśmy leczenie szczepionką gonokokową, które prowadziliśmy w czasie od 18 listopada do dnia 9 grudnia 1927 r. Leczenie szczepionką obniżyło temperaturę dochodzącą przedtem do 39.2 do 37.9°, która dalej utrzymywała się na tym poziomie do dnia 26 grudnia 1927 r. Chora przytem uskarżała się na bardzo silne bóle w kończynach zajętych. Bóle te były tak silne, że nie pozwalały dotykać się do prześcieradła, gdyż chora już przytem odczuwała ból. Celem uśmierzenia bólów uciekaliśmy się do stosowania atophanu, veramonu, dożylnych zastrzyków salicylu, podawania dużych dawek feniny, środki te jednakże nie sprawiały znaczniejszej i dłużej trwającej ulgi. Chora nie mogła sypiać po nocach, opadła z sił, wychudła. Celem zwalczania bólów musieliśmy uciekać się do zastrzyków pantoponu i morfiny. Środki te jednakże dawały efekt przemijający i krótkotrwały. Wobec zaników mięśniowych zawezwaliśmy neurologa, celem orzeczenia, czy nie mamy do czynienia z neurytem. Neurolog wykluczył neuryt i zalecił stosowanie pilokarpiny. Stosowanie to zmniejszyło bóle, jednakże nasilenie ich pozostało dość znaczne, a działanie środka choć było dłużej trwające, już przy stosowaniu innych leków, to jednakże efekt jego był przemijający. Wobec tego postanowiliśmy uciec się do stosowania antivacciny Paulo. 10 stycznia więc zastosowaliśmy antivaccinę I szczepienie. Po przerwanem szczepieniu na drugi dzień wystąpiło zaczerwienienie skóry i lekkie podniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia. Bóle uległy wybitnemu zmniejszeniu, tak, że chora spała i nie należało uciekać się do żadnych kojących środków, temperatura przestała podnosić się powyżej 37. Chorej wykonaliśmy ogółem 5 zaszczepień w odstępach czasu podanych przez Paula. Bóle ustąpiły zupełnie i ruchy stopniowo wracały tak, że przy wypisaniu chorej ze szpitala w dniu 5. VI. 1928 r., chora wykonywuje z zupełną sprawnością wszystkie ruchy ręką i chodzi, przy chodzeniu nieraz miewa nieznaczne bóle. Wobec tak wspaniałego wyniku leczenia, który należy przypisać jedynie i wyłącznie cutivaccinie Paula postanowiliśmy chorą demonstrować na posiedzeniu klinicznem. W dyskusji Dr. Zajdenbeutel zaznaczył, że wyniki leczenia otrzymane w demonstrowanym przypadku są, jak przy sprawie gonokokowej wprost świetne. Kierownik oddziału Dr. Otto w dyskusji zastanawiając się nad formą cierpienia, przychodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z zakażeniem gonokokowem, które spowodowało gościec zniekształcający i zaznacza, że wynik osiągnięty może być przypisany jedynie antivaccinie. Dr. Bratkowski adjunkt I kliniki chorób wewnętrznych zaznacza, że wedle jego zdania w przypadku mamy do czynienia z sepsą gonokokową powikłaną schorzeniem wielostawowem i działanie cutivacciny należy sprowadzić tu do działnia drażniącego białka obcego przez zastosowanie środka wywierającego działanie to w formie bardzo subtelnej.

Przyp. IV. Arthritis deformans.

Chora w wieku lat 50. Cierpienie zaczęło się sześć lat temu, stopniowo w kończynach. Chora leczyła się, jednakże nie bacząc na stosowanie leków cierpienie postępowało coraz bardziej tak, że od dwóch lat przestała zupełnie chodzić. Palce kończyn są zdeformowane kompletnie. Kończyny górne i dolne w stawach zupełnie nieruchome. Chora nie może wykonywać żadnych ruchów, musi być ubierana, karmiona itd. Od pół roku na kończynach dolnych zjawiały się owrzodzenia charakteru troficznego, które pomimo leczenia chirurgicznego stale ropieją i przyczyniają chorej bardzo silne bóle. Od 3-ch miesięcy przyłączyło się bardzo uporczywe zapalenie spojówek, którego tło okulista upatruje w podłożu artretycznem. Chorej w okresie półrocznym wykonywałem szczepienia antivacciną. Już po 2-giem szczepieniu zaznaczyła się wybitna poprawa stanu oczu, światłowstręt zginął. Po ukończeniu szczepień stwierdza się wybitne zmniejszenie bólów, poprawę stanu oczów oraz poprawę stanu ran troficznych.

Przyp. V. M. W., lat 28. Poliarthritis rheumatica chronica.

Przybyła do szpitala z powodu gośćca stawowego ostrego, dnia 22. X. 1927 r. Pomimo stosowania energicznego leczenia salicylem i zastrzykami domięśniowemi mleka, cierpienie zawlekało się tak, że bóle i stan gorączkowy nie ustępowały do dnia 3-go stycznia 1928 r. W dniu tym zastosowaliśmy chorej szczepienie za pomocą cutivacciny Paula. Dnia 6. I. 1928 już obserwowaliśmy spadek ciepłoty do normy. Szczepienia prowadziliśmy w odstępach dwutygodniowych. Po trzeciem szczepieniu obserwowaliśmy zupełne ustanie bólów, chora po 5 szczepieniach opuściła szpital zupełnie zdrowa. Przechodząc do omówienia sumarycznego wszystkich nowych 53 przypadków gośćca stawowego leczonego antivacciną, musimy zaznaczyć, że w 42 przypadkach leczenie miało wybitny skutek. W pozostałych jedenastu przypadkach poprawa choć była, to była ona nieznaczna. Co się tyczy rwy kulszowej i nerwicy nerwu twarzowego, to obserwowaliśmy tu ustanie bólów ale z powodu bardzo szczupłego materjału dalej idących wniosków nie możemy z tego wysnuwać. Leczenie dusznicy oskrzelowej za pomocą antivacciny dało nam zachęcające rezultaty, które po dłuższem i obszerniejszem w tym względzie doświadczeniu omówimy w innej pracy.

Zaznaczyć musimy, że w przypadkach gośćca stawowego przewlekłego szczególnie wydatne wyniki osiągaliśmy tam, gdzie wchodziły w grę sprawy toksyczno-infekcyjne mniej zachęcające zaś wyniki mieliśmy w sprawach uretycznych i uretyczno-toksycznych.

Dowodem skuteczności działania przeciw toksynom dostarczył nam przypadek III.

Przy leczeniu artretyzmu typu Ponceta znaczniejszej poprawy nie osiągnęliśmy. Kończac musimy zaznaczyć, że Cutivaccina Paula stanowi doskonałą broń w walce z gośćcem przewlekłym.

Piśmiennictwo.

R. Lurtzel: Wien. Kl. Woch. Nr. 7, 1928. — A. Bötner: Kl. Woch. Jg. 6, Nr. 48. 1927. S. 2291—2296. — Dr. G. Paul: Medizinische Wochenschrift Nr. 52, 1927. — Dr. Pecker: Medycyna Praktyczna, zeszyt 5, 1928. — Dr. G. Paul: Wiener Mediz. Wochenschr. Nr. 14, 1927. — Dr. Ayguebere z Tuluzy: Concours Medical Nr. 50, 11 grudnia 1927.

OCENY.

M. Labbé et F. Nepveux: *Acidose et Alcalose*. Paris 1928. Str. 296. Masson et Cie. Cena 30 fr.

Książka składa się z 13 rozdziałów, omawiających fizjologię, patologię i leczenie kwasicy i alkalozy. Czytelnik znajdzie tu szczegółowo przedstawioną metodykę badania równowagi kwaso-zasadowej i jej mechanizm fizjologicznego i patologicznego działania. Z pośród wiele typów kwasicy na szczególne wyróżnienie zasługują dwa rozdziały, poświęcone kwasicy cukrzycowej. W ostatnich dwóch rozdziałach autorowie omawiają alkalozę i leczenie zarówno stanów kwasicowych jak i alkalozy.

Na ogół całość przedstawia się znakomicie. L. i N. opracowali temat nie tylko wyczerpująco i starannie, ale też przejrzyście, do czego przyczyniają się też odpowiednio dobrane wykresy i tablice. Książka tem więcej zasługuje na przeczytanie, że wielka część materjału jest oparta na wielkiem i wieloletniem doświadczeniu autorów.

Nie mniej nasuwają się do wytknięcia pewne usterki. I tak w rozdziale metodyki pożądanem możeby było, by zamiast dawniejszej metody oznaczania zapasu zasad Van Slyke'a, autorzy opisali jej ulepszoną modyfikację, pozwalającą na krótsze i prostsze oznaczanie jak i dokładniejszy odczyt CO_2. Ze względów klinicznych należałoby też zamiast makrometody Van Slyke'a i Titza dla oznaczania ciał ketonowych całkowitych we krwi, wymagającej aż 10 cm^3 krwi, używać mikrometody Lublina, która szczególnie nadaje się dla celów klinicznych. Metoda Lublina wymaga nie więcej jak 0,2 cm^3, co pozwala na badania serjowe, zwłaszcza, że można tak małe ilości krwi pobierać przez nakłucie palca.

Z prób jakościowych wykrywania ciał ketonowych autorowie pominęli cenną próbę Rothery, która wielce się nadaje dla badania ketonemji w kilku kroplach osocza.

Rozdział o kwasicy cukrzycowej jest przedstawiony zgodnie z najnowszemi zdobyczami wiedzy na tem polu.

Na wielką uwagę zasługuje omówienie, niestety za zwięzłe, ketonemji i jej stosunku do zapasu zasad. Zasługuje to na tem większą uwagę, że prace, poza nielicznemi badaniami poczynionemi w Ameryce, nie znalazły w Europie jeszcze odźwięku.

Zupełnie słusznie zwracają autorowie uwagę na znaczenie mierzenia kwasów organicznych całkowitych (metodą miareczkową Van Slyke'a i Palmera). Jakkolwiek bowiem kwasy organiczne, w większości swej wydzielają się moczem w postaci ciał ketonowych, to niekiedy niemniej mogą się one wydzielać w postaci innych kwasów organicznych jak kwas mlekowy, propionowy, octowy i t. p. jak i innych, bliżej nam jeszcze nie znanych, które, w myśl prac amerykańskich Bock'a i jego współpracowników, odgrywają znaczną rolę w powstawaniu kwasicy cukrzycowej.

Przy omawianiu zachowania się azotu pozabiałkowego we krwi w kwasicy cukrzycowej, nie wspominają jego zachowanie się w śpiączce cukrzycowej, w której wedle niektórych autorów dochodzi do wysokiej niekiedy azocicy.

Omawiając zapas zasad w osoczu krwi, wskazują L. i N. na wielkie znaczenie jego oznaczania dla kliniki. Szczególnie podnoszą z naciskiem brak współmierności między ketonurją, mniej zaś ketonemją a zapasem zasad.

Patogenezę śpiączki cukrzycowej uważają L. i N. za niejednolitą, bo poza zaburzeniem równowagi kwaso-zasadowej, mają też odgrywać znaczną rolę i inne czynniki.

W rozdziale alkalozy, zupełnie wyczerpująco skreślonej, omawiają jej klinikę w tężyczce i padaczce.

Są oni zwolennikami podawania znacznych ilości (przynajmniej 100 g na dobę) natr. bicarb. celem podniesienia zasobu zasad. Objawów ubocznych nie spostrzegali. W jednym jednak przypadku śpiączki, po podaniu około 900 g natr. bicarb. w ciągu 3 dób, zauważyli b. ujemne następstwa: zaburzenia umysłowe, obrzęki ogólne i kacheksja.

W końcowym rozdziale leczenia śpiączki cukrzycowej polecają autorowie kontrolę postępowania leczniczego przez badanie zapasu zasad w osoczu krwi oraz badanie ketonurji. Z ostatniem trudno się zgodzić, albowiem w przebiegu śpiączki zachodzi często niewspółmierność między ketonurją a ketonemją, tak, że kontrolę postępowania leczniczego należałoby obok oznaczania zapasu zasad oprzeć na badaniu ketonemji.

Władysław Elmer.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Higjena życia codziennego, rok III, Nr. 7, z 15 lipca 1928: Różne artykuły z dziedziny higjeny życia codziennego i popularyzacji higjeny w ogólności.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 14, z 15 lipca 1928: E. Lubicz-Niezabitowski: Ś. p. prof. Dr. Józef Rostafiński. — M. Reichert: Leczenie niedokrwistości złośliwej podawaniem wątroby. — M. Peker i A. Czyżewska: Szczepienie skórne „Cutivaccin" — Paula w schorzeniach gośćcowych. — T. Kucharski: Patogeneza obrzęków. — F. Łabendziński: Nowy przyrząd do sztucznej odmy. — I. Puterman: „Adovern" — nowy przetwór gorzykwiatu wiosennego.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 25 z 9 sierpnia 1928: I. Dworecki: O posocznicach paciorkowcowych. — R. Stankiewicz i I. Wiszniewski: Leczenie dystrofji za pomocą dużych dawek cukru. — St. Miller i J. Konarski: Działalność kory mózgowej w świetle teorji Pawłowa (Streszcz. zbior.). Szermerówna i Reichert: Badania nad działaniem kardiazolu. — Z. Bychowski: Padaczka a opieka społeczna.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, Nr. 33, z 12 sierpnia 1928: I. Muszyński: Chemiczno-sądowe dochodzenie śladów krwi (c. d.). — Referaty. — Sprawy zawodowe. — Przegląd prawno-gospodarczy.

Lekarz Polski, rok IV, Nr. 8, z 1 sierpnia 1928: St. Czerwiński: Odpowiedzialność lekarzy za pozbawienie życia lub uszkodzenie zdrowia przez nieostrożność. — M. Pomorski: Tajemnica lekarska. — A. S.: Nieostrożna rada. — Zwalczanie chorób wenerycznych w Czechosłowacji. — Medycyna społeczna zagranicą. — Z ustawodawstwa sanitarnego.

Przemysł chemiczny, rok XII, Nr. 8, z sierpnia 1928: T. Chrząszcz i W. Michalski: Rozpuszczalne węglowodory w mąkach żytnich oraz ocena gęstości ciasta. — M. Grochowski: Sposób równomiernego i ciągłego doprowadzania cieczy i gazów w zastosowaniu półfabrycznem. — Z. Koehler: Kilka słów w sprawie artykułu Dr. Z. Szmei: „Przyczynek do badań nad rozpuszczalnością fosforytów w kwasie octowym". Dla sprostowania. — W. M. Kemula: Szybkie metody otrzymywania czystego metanu i etanu. — Z. S.: Obecny stan sprawy własności naukowej. — A. Hirszowski: Zatrucia zawodowe przy fabrykacji barwników smołowych i produktów przejściowych oraz sposoby zapobiegania takowym. — Dział sprawozdawczy.

Lekarz wojskowy, tom XI, Nr. 5, za maj 1928: L. Karwacki i Niemyski: Cztery przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych, leczone aurosanem. — W. Kaliciński: Rak mięsakowaty trzonu macicy. — M. Jankowski: O zastosowaniu surowic leczniczych i szczepionek indywidualnych przy leczeniu zapaleń ucha środkowego. — J. Żurkowski: O masowych zachorowaniach w garnizonach wojskowych w Piotrkowie, Przygłowie i Skierniewicach. — H. Szczodrowski: Akrydynoterapja a dożylne zastrzykiwanie pyrokatechiny. — M. Grzybowski: Jeszcze w sprawie t. zw. „syfilimetrji". — Owczarewicz: Kilka słów odpowiedzi na artykuł Dra Grzybowskiego p. t.: „Jeszcze w sprawie t. zw. „Syfilimetrji". — A. Huszcza: Otwarcie pracowni fizjologicznej i psychotechnicznej Centrum badań lotniczo-lekarskich.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 7, z r. 1928: I. M. Blasewitz: O niedokrwistości złośliwej Biermera. — B. Piechowski: Odżywianie dziecka zdrowego w drugim roku życia według systemu Pirquet'a. — M. Stabrowski: Z kazuistyki ciał obcych w przewodzie pokarmowym u dzieci. — M. Peker: Pozaustne stosowanie salicylu w schorzeniach gośćcowych.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, Nr. 16, z 15 sierpnia 1928: Sprawozdanie Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Z Izb lekarskich. — Stowarzyszenia i Związki lekarskie.

Medycyna, rok II, Nr. 32 z 11 sierpnia 1928: H. Rudziński: Dusznica bolesna. — L. Ligeza: Badania nad zachowaniem się kwasoty moczu w ostrych chorobach zakaźnych. — A. Krasucki: Znaczenie fosfitu dla ustroju. — E. Wajs: Spostrzeżenia kliniczne nad Causythem. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.).

Klinika oczna, rok VI, zeszyt 2, z 15 lipca 1928: W. H. Melanowski: Wągr narządu wzroku. — M. Zachert: Jaglica w Tunisie. — M. Szafrański: Trachoma. — B. Pines: Przypadek obustronnego zapalnego guza oczodołu.

Kronika dentystyczna, rok XXIII, Nr. 5—6, za maj-czerwiec 1928: T. Kurnibad: Antivirus Besredki w stomatologji. — Dział sprawozdawczy: — Odgłosy.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, Nr. 34, z 19 sierpnia 1928: I. Muszyński: Chemiczno-sądowe dochodzenie śladów krwi (dok.). — Sprawy zawodowe. — Przegląd prawno-gospodarczy.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 26, z 16 sierpnia 1928: I. Dworecki: O posocznicach paciorkowcowych. — H. Brokman: Epidemja choroby zakaźnej spostrzeganej wśród dzieci najmłodszych, o charakterystycznym obrazie klinicznym. — H. Miller i I. Konorski: Działalność kory mózgowej w świetle teorji Pawłowa (streszcz. zbior.). — Szermerówna i Reichert: Badania nad działaniem kardiazolu. — W. I. Babecki: Normowanie rozrodczości.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, Nr. 9, z 15 sierpnia 1928: W sprawie zasadniczego postulatu zdrojownictwa. — L. Korczyński: Zdrojownictwo jako czynnik gospodarczy w bilansie handlowym. — L. Szajerowicz: Fizjologiczne podstawy balneoterapji w świetle najnowszych badań. — A. Edelman: Leczenie karlsbadzkie przeprowadzone domowym sposobem. — I. St. Szczerbiński: Nowości organizacyjne i techniczne w czeskich i niemieckich uzdrowiskach.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo angielskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1927. XLIV/5.

W. Mills: *Bąblowiec wątroby.*

F. Hinman: *Prąd wsteczny z miedniczki do żył podczas pyelografji.* Wsteczny prąd zawartości miedniczki i moczowodów do systemu żylnego znany jest od 4—5 lat tj. od kiedy używa się do dożylnych wstrzykiwań substancyj mających na celu uwidocznienie krążenia tętniczego nerek.

Niejednokrotnie już zauważono, że system żylny nerki zostaje uwidoczniony z powodu prądu wstecznego substancji kontrastowej z miedniczki.

Wzajemny stosunek tętnic i żył nerki do jej miedniczek i odgałęzień nie jest dotychczas zupełnie jasny. Tętnica nerkowa dzieli się na 3 główne gałęzie, wpadające do wnęki i rozgałęziające się w tkance nerkowej, tworząc miedniczki międzypłatowe i łukowe, z których odchodzą delikatne gałązki międzypłacikowe, biegnące ku powierzchni nerki i zaopatrujące jej część korową. Tętniczki te są końcowemi w całem tego słowa znaczeniu, nie mając żadnych między sobą połączeń.

System żylny wykazuje już inną budowę. Tętnice końcowe są otoczone bardzo obfitą siecią żylną. Żyły międzypłatowe przechodzą w pobliżu ścian kielichów a w niektórych nawet miejscach są w bezpośredniej łączności z śluzówką kielichów. Pod drobnowidzem zauważa się, *duże zatoki żylne będące w ścisłej łączności z światłem kielichów*. Taką samą łączność tych przestrzeni żylnych z kielichami widzi się w nerkach psa. Żyły międzypłatowe zaginają się i wchodzą w tkankę nerk., tworząc liczne połączenia w postaci łuków, do których wpadają żyły części korowej.

Ścisła łączność kanalików nerkowych z siecią naczyniową ma wielkie znaczenie w praktyce.

Z podanych wyżej stosunków anatomicznych wynika, że miedniczkowo-żylny prąd wsteczny może mieć miejsce podczas wypełniania miedniczek substancją kontrastową. Zupełnie podobnie występuje prąd wsteczny kanalików do przewodów brodawkowych na małej jednak przestrzeni. Jaki obraz rentg. daje taki prąd wsteczny? Otóż ukazuje się najpierw promieniste prążkowanie w postaci lejka, rozszerzające się w kierunku części korowej. Jeśli ciśnienie wsteczne jest dostatecznie silne, może się później ukazać dość ostry kontur podstawy tego lejka w kształcie łuku w następstwie wypełnienia łukowatych gałązek żylnych.

Prążkowanie to w kierunku kory ma miejsce wzdłuż żył międzypłacikowych, dając charakterystyczny obraz, nie występujący nigdy na prądzie wstecznym kanalikowym, który daje zacienienie w kształcie włosienia pendzla, biegnącego od szczytu brodawki ku części rdzeniastej na małej jednak przestrzeni.

Autor przestrzega przed omyłkami rozpoznawczemi, które mogą wywoływać takie miedniczkowo-żylne i brodawkowe prądy wsteczne przy pyelografji.

S. Judd: *Torbiele krwot. nerek.*

R. Schreiner a. A. Stenstrom: *Wyniki końcowe leczenia raka sutka* na podstawie obserwacji 563 przypadków.

Autorowie dzielą chorych na raka piersi wedle wyniku badania na 5 grup:

1) gr. zapobiegawcza — chorzy dawniej operowani, którzy nie wykazywali nawrotu w chwili opuszczenia szpitala,

2) I gr. u których znaleziono guz piersi ruchomy, niezrośnięty z podłożem, o skórze nad guzem niezmienionej, bez powiększonych gruczołów chłonnych,

3) II gr. — o guzie zrośniętym z podłożem i skórą, z ewentualnem owrzodzeniem, ale bez przerzutów,

4) III gr. — z przerzutami w pasze,

5) IV gr. — z przerzutami nadobojczykowymi, śródpiersiowymi lub rozsianymi.

W 43% przypadków nawrotu wykonano ponowny zabieg.

W gr. I — 8-u leczono tylko radem. Z nich 3 ma się dobrze (2 przez 5 l., 1 przez rok). 9 leczono radem i operacyjnie. Z tego 7 czuje się dobrze przez 1—6 lat. 2 chorych z gr. I z nawrotem leczono radem utrzymując jedną przy życiu przez rok, drugą przez 7 lat.

W gr. II leczono radem 32 przyp. z tego 4 ma się dobrze przez 2—6 lat, zaś 14 radem i operacyjnie z tego 5 ma się dobrze przez 1—6 lat.

W gr. III — 51 leczono radem, w tem 7 czuje się dobrze przez 1—4 lat. 35 leczono radem i operacyjnie, z czego ta sama liczba jest zdrowa przez 1—4 lat. 41 z nawrotem leczono radem przedłużając życie 6 chorym na przeciąg 1—2 lat.

Z 80 chorych gr. IV leczonych radem 17 żyło 1—4 lat, licząc od chwili przyjęcia. Z 8 zaś leczonych radem i operacyjnie utrzymano przy życiu 2 przez 2 i 4 lata. Chore z tej grupy z nawrotami zdołano utrzymać przy życiu 28 na 168 leczonych radem przez 1—4 lat i 3 leczone radem i operacyjnie przez 1—3 lat.

Z powyższych dat statystycznych wynika, że najlepsze wyniki otrzymuje się przez połączone leczenie radem i zabiegiem, chociaż w niektórych przypadkach samo leczenie radem dawało piękne wyniki.

W poszczególnych przypadkach nawrotu zdołano przedłużyć leczenie do 6 lat.

W beznadziejnych przypadkach raka piersi leczenie radem i promieniami R., stanowiło skuteczną pomoc w przebyciu ciężkich ostatnich dni życia, przynosząc wielką ulgę w cierpieniach.

M. Trautmann, H. Robins a. C. Stewart: *Badania doświadczalne nad połączeniem pęcherzyka żółciowego z jelitem.*

A. Blalock a. T. Harrison: *Wyniki po wycięciu gruczołu tarczykowego.*

H. Richter a. L. Zimmerman: *Utajona tężyczka pooperacyjna.* Autorowie postanowili badać w kierunku tężyczki wszystkie przypadki wola przed i po zabiegu. Na 100 badanych w 14 znaleźli objawy Chwostka i Trousseau jako wyraz tężyczki utajonej. Zależnie od rodzaju wola znachodzili w wolu Basedowa 15%, wolu toksycznym 12%, nietoksycznym 11% wyników dodatnich. W wielu przypadkach stan pozostawał tylko utajony, nie dając żadnych objawów ważniejszych, prócz wzmożonego napięcia mięśni twarzy i tułowia, które to napięcie znikało po upływie kilku dni lub tygodni ewentualnie nawet bez leczenia. Badanie w takich przypadkach winno być robione przed zabiegiem a następnie przez 7—10 dni po zabiegu i to codziennie, powtarzając je okresowo przez kilka dalszych miesięcy.

Powyższe badania są bardzo ważne, jeśli chcemy uniknąć wystąpienia jawnych objawów tężyczki w czasie późniejszym n. p. podczas ciąży, miesiączki lub w następstwie chorób zakaźnych i t. d.

Inną grupę stanowią chorzy, którzy prócz wspomnianych objawów przedmiotowych wykazują już pewne dolegliwości podmiotowe, jak drętwienie, parestezje itd., jako wyraz niedomogi przytarczycznej, jednak bez samoistnego jeszcze skurczu mięśni. W tej grupie wspomniane objawy utrzymują się już dłużej tj. tygodniami i miesiącami, w przeciągu którego to czasu, by uniknąć niemiłych niespodzianek należy zastosować odpowiednie postępowanie lecznicze i dietę. Chorzy otrzymują codziennie 1.000 g mleka i 200 do 300 g laktozy w postaci lodów, cukru, itd., jakoteż dużą ilość płynów. Jeśli laktoza wywołuje biegunkę należy podać bizmut lub inne podobne preparaty.

S. Henry: *Nowotwory pochodzenia z endometrium w prawej wardze dużej.*

W. Lindsay: *Rak macicy.*

Chirurgja kliniczna.

D. Balfour: Technika częściowego wycinania żołądka z powodu raka.

F. Lange: Operacyjny rozszczep stosu pacierz. w chor. Potta. Celem podtrzymania i ustalenia stosu pacierz. używa autor zamiast łupki kostnej łupki z celluloidu.

J. Morrisey: Nowy sposób usunięcia grucz. krokowego od strony krocza z zachowaniem m. zewn. zwieracza.

W. Shackleton: Urazowe pęknięcie przepony.

J. Kelly: Nowy sposób otrzymywania chrząstki żebrowej dla celów chirurgji wytwórczej.

C. Allen a. M. Muray: Uśpienie za pomocą etylen-oxygenu.

W. Franklin a. F. Cordes: Leczenie radem w schorzeniach ocznych.

J. Brooke: Skracanie kości nogi celem wyrównania nierównej długości.

1927. XLIV/4.

W. Braasch a. B. Hager: *Ureteropyelografija.* Autorowie uwzględniają ciekawe i rzadkie przypadki schorzeń nerek i moczowodów badanych za pomocą pyelo-ureterografji, podając liczne i piękne rentgenogramy.

F. Lange: *Przeszczepianie ścięgien.*

R. Spurling a. L. Whitaker: *Wyniki końcowe po przetoce pęcherzyka żółciowego (cholecystostomji).*

Autorowie badają za pomocą tetrajodfenolftaleiny pęcherzyk żółc. po wykonaniu przetoki tegoż i na 12 badanych przypadków nie stwierdzili w żadnym czynności prawidłowej. W 6-ciu objawy powróciły, tak, że okazała się konieczność powtórzenia zabiegu. W tem w 4-ch przypadkach znaleziono kamienie, a w 2-ch znaczne zgrubienie ściany (przewl. zmiany zapalne).

Celem uzupełnienia swych obserwacyj klinicznych wykonali szereg doświadczeń, mających na celu uszkodzenie błony śluz. i mięśniówki pęcherzyka żółciowego. Doświadczenia te dowiodły, że uszkodzenie błony śluzowej utrudnia wytworzenie się cienia w obrazie rentgen. po podaniu substancji kontrastowej, a uszkodzenie mięśniówki utrudnia znacznie opróżnienie się zawartości pęcherzyka po spożyciu tłuszczu.

Takie uszkodzenie doświadczalne jest podobne w swych następstwach do uszkodzenia operac. pęcherzyka, zwłaszcza po stosowaniu sączkowania za pomocą rurki gumowej.

Autorowie dochodzą do przekonania, że sączkowanie woreczka żółc. nie tylko, że nie przyczynia się do powrotu prawidłowej czynności pęcherzyka, ale ułatwia w przyszłości rozwinięcie się nowego schorzenia, a tem samem przyczynia się do powstania nowych dolegliwości.

K. Speed: *Przednie nawykowe zwichnięcie ramienia.* S. proponuje przy tem zwichnięciu następujący zabieg: cięcie od wyrostka kruczego w dół, długości 6 cm. przez skórę, tłuszcz i powięź. M. piersiowy ukazuje się w dolnym końcu tegoż cięcia. Palec wskazujący ręki lewej wprowadza się pod mięsień, który się przecina poprzecznie w odległości około $2^1/_2$ cm od miejsca przyczepu do ramienia. W ten sposób zostaje odsłonięta przednia część stawu. Po odciągnięciu naczyń i nerwów daje się wyczuć i odsłonić brzeg panewki, bez nacinania torebki stawowej. W przednim brzegu panewki w pobliżu jej dolnego wygięcia tworzy się grubym świdrem kanał, w który wprowadza się transplantat kostny, wzięty z piszczeli. Stojąc prostopadle do brzegu panewki nie tylko nie przeszkadza ruchom ramienia, ale przeciwdziała wysunięciu się główki ku przodowi w swe nawykowe położenie. Przecięty m. piersiowy zostaje zszyty szwem materacowym.

Wyniki końcowe zadawalniające.

Po tygodniu wprowadza się ruchy w stawie łokciowym, a po 2 tyg. rozpoczyna się czynne odwodzenie w stawie barkowym.

Zalety tego zabiegu:

1) torebka stawowa nie musi być otworzona,

2) transplantat kostny stanowi stałe przeciwdziałanie wypadaniu główki z panewki,

3) unika się przeszczepiania mięśni, skracania ścięgien itd. przytem

4) m. piersiowy goi się po przecięciu szybko i bez złych następstw,

5) czynność stawu jest zupełna i to w krótkim przeciągu czasu,

6) zabieg jest krótki i mało krwawy, z powodu czego i zakażenie jest utrudnione.

J. Weeks: *Mięsak odbytnicy.* Mięsak odbytnicy jest schorzeniem bardzo rzadkiem (w piśmien. 100 przyp.). Objawy wrzodziejącego mięsaka odbytnicy różnią się nieco od raka. Ostatni rozpada się szybciej, powoduje wcześniejsze wychudnięcie, a przerzuty następują raczej drogą chłonną.

Przypadek obserwowany przez W.:

40-letni mężczyzna dobrze odżywiony cierpi na uporczywe krwotoki z odbytnicy i bóle przy oddawaniu stolca. Waga prawidłowa. Badanie odbytnicy wykazało na przedniej jej ścianie uszypułowany, miękki, łatwo krwawiący guz. Guz ten usunięto przez przepalenie szypuły, a następnie naświetlono kilkakrotnie. Mimo to chory wrócił po 2 miesiącach z objawami nawrotu, który znów usunięto. Przerzutów wówczas nie znaleziono. Po dalszych 3 mies. wystąpiły liczne przerzuty do wątroby, płuc, skóry itd. i chory zmarł w 7 mies. od chwili wystąpienia pierwszego objawu tj. krwawienia z odbytnicy.

E. Churchill: *Zmniejszenie zdolności życiowej po zabiegu.*

Ch. Heyd, J. Kilian a. P. Klemperer: *Patogeneza żółtaczki.*

G. de Takats: *Znieczulenie trzewiowe.*

J. Polak: *Badania nad niepłodnością kobiet.*

D. Wilkie: *Leczenie złamań szyjki udowej.*

S. Judin: *Zabieg Baldwina celem stworzenia sztucznej pochwy.*

Chirurgja kliniczna.

M. Kirschner: Technika operacyjnego leczenia złamań.

J. Sever: Położnicze porażenie.

N. Miller: Nowy sposób leczenia zupełnego wypadnięcia pochwy.

E. Resnik: Odbytniczo-brzuszne badanie celem stwierdzenia czy główka płodu zstąpiła.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Med. Klinik.

Nr. 15. 1928.

G. Zuelzer: *W kwestji hormonu sercowego.* De Moore i Haberland, niezależnie od siebie, pierwsi wprowadzili pojęcie hormonu sercowego, który Zuelcer przezwał eutonon'em. Autor na podstawie długoletnich prac uważa, że hormon sercowy pochodzi z wątroby, w przeciwieństwie do poglądu Haberlandta, który twierdzi, że hormon pochodzi z serca. Eutonom jest hormonem swoistym. Chemiczny jego skład nie jest jeszcze dobrze znany. Badania doświadczalne przeprowadzone na sercach żabich i psich, wykazały jego wybitne własności, pobudzające serce do żywszej czynności. Serca żabie, które od 1—2 dni przestały najzupełniej bić lub wykazywały nieznaczne tylko skurcze mięśniowe a które nie dawały się nawet pobudzić płynem Ringera, dzięki zastosowaniu 1—2 kropel $1^0/_0$ roztworu eutononu rozpoczynały miarową czynność sercową, która utrzymywała się przez dłuższy czas. Podobnie też w tych przypadkach, w których pod wpływem rażnych jadów serce przestało bić, pod wpływem hormonu szybko poczęły wykazywać żywszą czynność. Autor wypróbował klinicznie eutonon (wyrobu wytwórni „Promonta" w Hamburgu) na 100 przypadkach różnych schorzeń sercowych. Stosował hormon domięśniowo, w przypadkach zaś w których zachodziło nagłe wskazanie dożylnie lub nawet dosercowo z cukrem gronowym. Hormon działa tylko na serce centralne, nie zaś na krążenie obwodowe. Dlatego, by uzyskać diureze, należy stosować równocześnie silne środki moczopędne. Mając też na względzie, że hormon nie wpływa na krążenie obwodowe, jasnem jest, że diureza nie może być miarą wartości jego jako środka nasercowego. Dla tegoż oceny należy obserwować wpływ hormonu na sinicę, duszność, czynność serca i t. p. W przypadkach zaś nieznacznych obrzęków sercowych, ustępują one pod wpływem zastosowania samego hormonu, bez pomocy środków moczopędnych. Eutonon wpływa dodatnio na rozmaite objawy podmiotowe, należące do grupy „anginoid" Ortnera, co się tłumaczy rozszerzającem działaniem na naczynia wieńcowe.

I. Fischler, E. A. Müller i G. Zuelzer: *Wpływ hormonu sercowego na izolowane serca żabie:* Na t. zw. preparacie sercowym Langendorfa oraz preparacie sercowo-płucnym Starlinga stwierdza się, że substancje bezbiałkowe i bezsolne, wyosobnione z wątroby działają w ten sposób na serce żabie, że rozszerzają naczynia wieńcowe i podnoszą ich tonus.

Dyskusja nad hormonem sercowym. Pal zastosował w 2 przypadkach eutonon z wynikiem ujemnym. Singer na materjale 15 chorych nie stwierdził w żadnym przypadku poprawy. Wenckebach podnosi, że o wartości leczniczej hormonu sercowego dopiero wtedy będzie można mówić, kiedy inne środki nasercowe zawiodą. Winterberg nie widział żadnego dodatniego wyniku.

L. Haberland: *W kwestji zasadniczej hormonu sercowego.* Autor nie uznaje eutononu, uzyskanego przez Zuelzera z wątroby za hormon sercowy. Podnosi swoistość jego hormonu, uzyskanego z serca .Skład chemiczny hormonu nie jest jeszcze znany. Wiadomo tylko, że hormon sercowy nie zawiera ani białka ani tłuszczów ani ciał tłuszczowatych. Twierdzenie Riglera, że w hormonie sercowym chodzi o histaminę lub witaminę B, uważa autor tylko za hipotezę. Wskazania do leczenia hormonalnego stanowią przedewszystkiem te przypadki, w których węzeł zatokowy nie działa należycie (n. p. wskutek nienależytego dopływu krwi, spowodowanego zwężeniem odpowiedniego naczynia wieńcowego), dalej przypadki ogólnego osłabienia mięśnia sercowego, szczególnie zaś niemiarowości.

Nr. 16. 1928.

R. Bauer i M. Strasser: *O czynnościowej próbie wątroby przy pomocy phlenoltetrachlorphtaleiny (Chlorcholegnostyl L.).* Autorowie przeprowadzili swe badania na 150 przypadkach (w tem 51 przyp. schorzeń wątroby) celem sprawdzenia wartości próby

cholegnostylowej. Próba wypadała dodatnio h. często w przebiegu różnych schorzeń wątrobowych jak i pozawątrobowych. Z badań autorów wynika, że i w tych przypadkach, w których schorzenie wątroby nie ulega najmniejszej wątpliwości, dodatni wynik próby nie wskazuje koniecznie na schorzenie samego miąższu wątrobowego; może on bowiem być też dodatni wskutek zaburzeń wytwarzania a zwłaszcza odpływu żółci, dalej zaburzeń w układzie wśródbłonkowo-siateczkowym, zaburzeń w krążeniu naczyń krwionośnych a wreszcie wskutek wzmożonego wchłaniania się barwików żółciowych z przewodu pokarmowego, bez zajęcia jednakowoż samego miąższu wątroby. Dlatego próba cholegnostyczna wypada zawsze dodatnio i przebiega współmiernie ze stopniem żółtaczki przy żółtaczce nieżytowej, kamicy żółciowej, zatkaniu dróg żółciowych i t. d., w których właśnie utrudnionym jest odpływ żółci. Jeżeli chodzi w tych przypadkach o rozpoznanie różniczkowe czy ma się do czynienia ze schorzeniem tylko dróg żółciowych czy też miąższu wątrobowego, to próba cholegnostylowa ustępuje próbie z galaktozą. Podobnie też próba cholegnostylowa zawodzi jeśli chodzi o rozstrzygnięcie czy ma się do czynienia z marskością zastoinową czy też tylko ze zwyczajnem powiększeniem wątroby na tle niewyrównanej niedomogi serca. Niewiadomo też czy dodatni wynik próby cholegnostylowej przy chorobie Basedowa wskazuje na równoczesne schorzenie wątroby czy też na zaburzenie w krążeniu na tle niedomogi sercowej z następowym ujemnym wpływem na wątrobę. Doświadczenia autorów odnośnie do wartości tej próby w przypadkach marskości przerostowej i zanikowej są za skąpe, opierają się bowiem tylko na 5 przypadkach. Należy podnieść, że próba może wypaść dodatnio w przebiegu schorzeń nerkowych. W końcu autorowie zastrzegają się, iżby ujemny wynik próby przemawiał przeciw schorzeniu wątroby.

Nr. 18. 1928.

G. M a l y. *Preparat tłuszczowaty jako cenny środek wspomagający leczenie insulinowe.* Lipoidy należą do tych ciał, które ułatwiają przyrost wagi ciała. Dlatego autor używa leczenia kombinowanego, insuliny z mięszanką lecytynowo-glicerynową (preparat zw. „Helpin"), aby uzyskać wzmożone działanie insuliny w kierunku przyrostu wagi ciała. Na materjale 25 chorych różnego tła (cukrzyca, niedokrwistość złośliwa, gruźlica początkująca płuc i t. p. choroby wyniszczające) przekonał się M. o dodatnim wpływie takiego leczenia mięszanego. Zamiast 2—3 razowego wstrzykiwania insuliny, wstrzykuje autor tylko raz dziennie insulinę (n. p. 10 jednostek) z dodatkiem jednej ampułki „Helpin".

Nr. 20. 1928.

F. S c h e l o n g: *O czynnościowych próbach w klinice.* Zadaniem próby czynnościowej jest nie tylko stwierdzenie schorzenia wątroby, ale też wykazanie jego stopnia chorobowego. Większość prób polega na obciążeniu czynności wątroby. Z prób tych największe zastosowanie znalazła próba z galaktozą, której assymilacja odbywa się tylko we wątrobie, w przeciwieństwie do lewulozy, mogącej się do pewnego stopnia asymilować też w innych tkankach; cukier zaś gronowy nie nadaje się wogóle do próby czynnościowej wątroby, ponieważ może on się asymilować we wszystkich tkankach. Próba bilirubinowa Eilbot'a nie jest próbą swoiście wątrobową; wprawdzie wstrzyknięta poza jelitowo, przechodzi ona wprost do wątroby, jednak przed przejściem jej do samych komórek wątrobowych, musi ona wpierw przejść aparat wśródbłonkowo-siateczkowy. Dlatego też przy zajęciu tegoż aparatu, próba bilirubinowa, podobnie jak cholegnostylowa, może wypaść dodatnio, pomimo, że sam miąższ wątroby mógł być nietknięty. Próba Widala nie przedstawia większej wartości, wyniki jej bowiem zależą też od czynników pozawątrobowych. Inne próby, nie polegają na obciążeniu czynności wątroby, ale wykrywaniu pewnych patologicznych składników krwi lub moczu. Bardzo cennem jest badanie ilościowe kwasów aminowych. Aminoacidurja jest jednak już wyrazem cięższego schorzenia wątroby, przy lżejszem jej zajęciu jeszcze nie występuje. Dla wykrycia początkującego stopnia chorobowego wątroby należy badać bilirubinę w surowicy krwi lub urobilinę w moczu. W późniejszych okresach schorzenia wątroby może urobilina znacznie ilościowo się zmniejszyć, pomimo, że sprawa chorobowa postąpiła naprzód. Jaką przedstawia wartość oznaczanie kwasów żółciowych w moczu i we krwi nie można na razie jeszcze osądzić.

Z innych metod czynnościowego badania wątroby zasługuje na uwagę metoda pomiaru napięcia powierzchniowego surowicy krwi.

Jeśli chodzi o ustalenie stopnia chorobowego wątroby, to najwięcej nadaje się kontrola próbą galaktazową (w przeciwieństwie do próby lewulazowej), której nasilenie przebiega równolegle z ciężkością uszkodzenia wątroby.

Nr. 23. 1928.

F. S c h e l o n g: *O leczeniu odtłuszczającem praktycznego lekarza.* Zasadą leczenia odtłuszczającego opiera się na ograniczaniu dowozu kaloryj a wzmożeniu ich wytwarzania. Z początku należy dawać 10—12 kal. na kilogram wagi ciała i powoli je powiększać do 20 kaloryj na 1 kg. Djeta powinna się składać przeważnie z białek (n. p. 150—500 gr mięsa), z uwagi na własności pobudzające białka do żywszej przemiany materji, dalej z zielonych jarzyn, małej ilości tłuszczów (około 50 gr) i wodanów węgla (ciemny chleb). Można podawać środki, wywołujące uczucie sytości jak n. p. Decorpa („Shering") i kakao odtłuszczone (Gralkakao Reinhardta 2 razy po 12—20 gr w 100 cm³ wody bez cukru). Ilość płynów należy ograniczyć. Djetę wspomaga się przez podawanie środków moczopędnych lub preparatów tarczycowych, powodujących znaczny ubytek na wadze. Ze środków moczopędnych podaje S. diuretynę (3 razy dziennie po 1 gr) przez 10—14 dni. Uczucie pragnienia, spowodowane przez diuretynę usuwa się tabletkami „Neucesol" (do 5 razy dziennie).

Wł. E. (Lwów)

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.—

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e z dnia 28 marca 1928.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. L a n d a u. Obecnych 110.

Dr. S i e d l e c k i i Dr. S z c z e k l i k wygłaszają referat poglądowy p. t.: *„Etjologja i patogeneza, klinika i leczenie hipertonji".*

W dyskusji zabierają głos: Dr. B l a s b e r g zwraca uwagę na to, że obecnie tworzy się jednostki chorobowe funkcjonalne a nie anatomiczne co jest zasługą Huchardta. Przeprowadza porównanie między hipertonją esentjalną a cukrzycą, przyczem analizuje przyczyny powstania cukrzycy. W hipertonji esentjalnej chodzi prawdopodobnie o zaburzenia funkcjonalne. Dr. B. przytacza na to dowody z piśmiennictwa jakoteż z własnych spostrzeżeń. Omawia objawy początkowe hipertonji esentjalnej, które miał możność spostrzegać u swoich chorych. Wypowiada się za stosowaniem częstych upustów krwi w hipertonji. Porusza sprawę leczenia lub nie leczenia hipertonji.

Dr. S u r z y c k i znajdował często u starców niskie ciśnienie krwi; miał również możność obserwowania wahań ciśnienia krwi tak charakterystycznych dla hipertonji esentjalnej. Nie zgadza się z zapatrywaniem Dra Blasberga co do częstego stosowania upustu krwi w hipertonji. Dr. S. poleca diuretynę i rhodancalcium-diuretynę jako leki działające obniżająco na wzmożone ciśnienie krwi.

Dr. R e i n e r porusza sprawę podawania naparstnicy w hipertonji.

Dr. S z c z e k l i k w odpowiedzi zaznacza, że zarówno według większości autorów jakoteż na podstawie własnych spostrzeżeń poczynionych na materjale chorych II Kliniki wewn. może stwierdzić, że częste upuszczanie krwi u chorych na hipertonję esentjalną nie jest wskazane, gdyż wybitnie osłabia chorych a nie prowadzi do zamierzonego celu, t. j. do obniżenia wzmożonego ciśnienia. Co się zaś tyczy sprawy leczenia lub nie leczenia hipertonji, to jednak wszyscy autorowie, którzy zajmowali się tą kwestją wypowiadają zdanie, że należy stosować zabiegi lecznicze, chociażby tylko w celu przyniesienia ulgi choremu; czy zaś przytem da się obniżyć wzmożone ciśnienie czy też nie to jest dla niektórych autorów rzeczą drugorzędną. Stosowanie przetworów naparstnicy nie napotyka na trudności, gdyż naparstnica nie podwyższa tętniczego ciśnienia krwi.

N a d z w y c z a j n e p o s i e d z e n i e z dnia 30 marca 1928 r.

Przewodniczący: Prof. M a j e w s k i. Obecnych 40.

Prof. Dr. G r y n f e l d t z Montpelier wygłasza odczyt p. t.: *„O śluzowym zwyrodnieniu neurogli".*

Zwyrodnienia gleji są dotychczas mało zbadane. Poniekąd przyczynił się do tego fakt, że neuropatologowie uwagę skoncentrowali głównie na zmianach w obrębie komórek zwojowych. Prócz tego podstawowe prace Weigerta i Ranviera utrwaliły w histopatologach przekonanie, że gleja jest tylko elementem quasi łączno-tkankowym, skutkiem czego rozpatrywano ją pod tym wąskim kątem widzenia. Dopiero prace Nissla, Alzheimera i Helda posunęły nasze wiadomości dokładnie, dając nauce o gleji mocne podstawy. Dzięki badaniom tej ostatniej szkoły poznaliśmy dokładnie główne elementy glejowe. Rozróżniamy obecnie gleję włóknistą, ependymalną, okołonaczyniową i plasmatyczną, jako formy odnajdywane głównie w substancji szarej, oraz oligodendrogleję znajdy-

waną głównie w substancji białej. Tę ostatnią formę gleji oddziela Hortega zupełnie od mikrogleji pochodzenia mezodermalnego. Oligodendroglеja jest właśnie punktem wyjścia zwyrodnienia, o którym będę mówił. Odnośne spostrzeżenia własne wygłosiłem poraz pierwszy w grudniu 1923 r. w Tow. Bijolog. w Paryżu. Zwyrodnienia te już dawniej opisywali niektórzy autorowie, jednak dopiero od czasu doświadczeń szkoły florenckiej Tanz'iego a zwłaszcza od prac Buscaino, Bolsi'ego, de Lisi'ego i Mazanti'ego datują się dokładniejsze wiadomości o tych zmianach. Znajdujemy je w tkance mózgowej chorych, u których za życia klinicznie stwierdzano objawy dementia praecox, amentii, oraz objawy schorzenia układu pozapiramidowego. Ogniska chorobowe leżą zwykle w substancji białej, wyjątkowo tylko zajmują substancję szarą, układając się wtedy zwykle wzdłuż białej. Umiejscawiać się mogą degeneracje we wszystkich częściach mózgu: półkule, pedunculus, most Varola, móżdżek, rdzeń przedłużony; najczęściej jednak odnajduje się je w corpus callosum, pes coronae radiatae, capsula int. W putamen i globus pallidus są także dość częste.

Ogniska zwyrodnienia należy podzielić wedle ich umiejscowienia na:

1) ogniska centralne, znajdujące się w głębi białej substancji okrągłe lub groszkowate, położone zwykle około naczynia krwionośnego,

2) ogniska periependymalne, leżące w bezpośredniem sąsiedztwie komór mózgowych.

Istotę tych ognisk zwyrodnienia stanowi nagromadzenie się substancji śluzowatej, która daje z tioniną metachromatyczną reakcję Hoyera, a z mucykarminem Mayera typowe czerwone zabarwienie. Wspólnie z moimi uczniami Pelissier i Pages wykazałem, że te ogniska powstają przez zwyrodnienie śluzowe oligodendrogleji lub gleji supendymalnej. Te komórki zależnie od nagromadzenia się mucyny w zarodzi komórkowej nabrzmiewają więcej lub mniej, w końcu zaś ich jądra i zaródź ulegają rozpadowi, a wolna mucyna wylewa się wzłuż przestrzeni Virchova-Robin'a do przestrzeni podpajęczynówkowych, lub wlewa się do komór. Autorowie włoscy, a również L'hermithe odnoszą tworzenie się tych zwyrodnień, które nazywają „Zolle de desintegratione a grappolo" do skutków uszkodzeń włókien myelinowych. Nieco odmiennego zdania są Holländer, Rubbens, van Bogaert, którzy tłumaczą sobie powstawanie tych ognisk rozpadem zarówno substancji nerwowej jakoteż neurogleji. Na tej drodze ma powstawać muco-lipoid.

Żeby dać nową podstawę swojej teorji o gliomucytozie czyli degeneracji śluzowej gleji, zwrócił się Grynfeldt na drogę doświadczalną. Przedewszystkiem chciał w ten sposób uzyskać preparaty histologiczne, które byłoby łatwiej interpretować dzięki dokładnemu utrwalaniu, czego nie można powiedzieć o preparatach pochodzących z mózgów ludzkich. Opracowując preparaty ze zwierząt można obserwować tworzenie się ognisk degeneracyjnych od samego początku ich powstawania. Wspólnie z Pelissier użyli na początek zarazka Levaditi'ego, celem wywołania w mózgach królików zmian encephalitycznych, przypuszczając, że przy tych doświadczeniach uzyskają zwyrodnienie gleji. Próby te jednak zawiodły w zupełności. Całkiem przypadkowo znaleziono poszukiwane zmiany u psów, którym wykonano całkowite wycięcie gruczołów tarczykowego i ciałek przytarczycznych. W końcu pod wpływem prac Buscaino, który wstrzykując zwierzętom histaminę i kwas mrówkowy otrzymał w mózgach zwierząt doświadczalnych zmiany odpowiadające opisywanym przez Grynfeldta, zaczął Grynfeldt sam stosować zastrzyki dożylne dokomorowe i docztrzewnowe kwasu mrówkowego u zwierząt. W ten sposób mógł najdokładniej śledzić powstawanie degeneracji śluzowej oligodendrogleji wśród zupełnie nienaruszonych włókien myelinowych. Czasem otrzymywał również ogniska okołokomorowe powstałe przez zwyrodnienie gleji ependymalnej. W ten sposób udowodniono, że zwyrodnieniu śluzowemu podlegają tylko elementy oligodendrogleji. Twierdzenie powyższe potwierdzili ostatnio Bailey i Schaltenbrand. Na podstawie tych samych danych udało się Grynfeldtowi udowodnić, iż procesy rzekomo różne od opisywanych przez niego, a omawiane przez autorów włoskich pod nazwami: zolle, zollette, chiazza, chiazzetta, które są basofilne i barwią się metachromatycznie, są tylko śluzowym zwyrodnieniem. Podobnie t. zw. zolle gliale opisane przez de Lisi i przez tegoż autora identyfikowane t. zw. „Gliarasen" Nissla uważa Grynfeldt za identyczne z opisanemi przez siebie zmianami.

Niema mowy o tem, żeby powyższe zmiany były artefaktami. Lokalizacja ich jest bowiem zawsze jednakowa, a negatywne rezultaty doświadczeń przeprowadzonych nie z histaminą i kwasem mrówkowym lecz z innemi substancjami dowodzą, iż znalezione zmiany należy odnieść do skutków zatrucia histaminą ewentualnie kwasem mrówkowym. Te fakty należy podkreślić z całym naciskiem, gdyż szkoła niemiecka, a szczególnie F. H. Levy, Biondi, Creutzfeld, Bielschowsky uważają zmiany opisane przez Buscaino za artefakta. Ciekawą jest rzeczą, że w Klinice Eusier'a uczniowie Grynfeldta badają płyny mózgowo-rdzeniowe chorych, u których można było przypuścić istnienie śluzowego zwyrodnienia gleji, w dużej ilości przypadków uzyskali wyniki pozytywne bardzo czułą metodą Derrien'a wykrywającą mucynę. Badania te nie mają na razie większego znaczenia dla praktyki, gdyż stwierdzenie mucyny w płynie mózgowo-rdzeniowym nie jest dla żadnej choroby patognomoniczne. Mimo to w formach poronnych pośpiączkowych próba ta może nabrać znaczenia diagnostycznego. Obecność znacznej ilości większych ognisk zwrodnienia śluzowego ma zdaje się ważne znaczenie. Kiedy mianowicie usadowią się one wzdłuż długich dróg komisuralnych to można przypuścić, że te drogi z powodu złego odżywienia i niedostatecznego przewodzenia okażą się czynnościowo niewydolne. Możliwe jest, że właśnie te zaburzenia w czynności są podstawą dementia praecox, amentii oraz zespołów pozapiramidowych.

Mukodegeneracja gleji jest ciekawym procesem nasuwającym prof. Grynfeldtowi cały szereg hipotez. Ważne jest, że zmiany te wskazują na samodzielność w reagowaniu oligodendrogleji na czynniki toksyczne. Jest to zupełnie zrozumiałe jeśli sobie uprzytomnimy rezultaty badań Nageotte'a, Findt'a, Horteg' i Turchini'ego z których wynika, że gleję należy uważać nie tylko za element usztywniający ale także za aparat gruczołowy.

W dyskusji zabierają głos: Dr. Brzezicki, Prof. Klecki i Prof. Grynfeldt w odpowiedzi.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

V. Posiedzenie z 24 lutego 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki. Protokołuje St. Ostrowski. Obecnych 43.

I. Kol. Szumowski przedstawia 2 przypadki twardzieli u rodzeństwa: 1) w jamie nosowej i w woreczku łzowym lewym, 2) w jamie nosowej.

W dyskusji Kol. Barącz podnosi rzadkość twardzieli w tej samej miejscowości a jeszcze większą rzadkość występowania u członków tej samej rodziny. Przenośności twardzieli z człowieka na człowieka dotychczas nie zauważono, ani też dotychczas nie udało się przeszczepić twardzieli na zwierzęta. Jako moment etiologiczny dwóch chorych mówcy podawało uraz gałęzią drzewa.

Kol. Gąsiorowski zauważa, że występowanie rodzinne nie jest rzadkie, chociaż zarazek jest stosunkowo mało zaraźliwy. Prątek twardzieli jest swoisty i daje się znaleść w rodzinie pozornie zdrowej, gdzie jedna osoba jest chora. Powodem tego są przeciwciała, stąd utajenie i brak objawów anatomo-patologicznych.

Kol. Szumowski dodaje, że klinika ma w obserwacji kilka rodzin, dotkniętych twardzielą.

II. Kol. Arend i Reis przedstawiają chorą z objawami piramidowymi i zaburzeniami prawej kończyny dolnej. Rozpoznano guz rdzenia stwierdzony na podstawie kontrastu lipiodolowego i potwierdzony po zabiegu operacyjnym; histologicznie wykazano fibro-sarcoma.

W dyskusji Kol. Domaszewicz podnosi, że pomimo dwuletniego trwania sprawy, po operacji nastąpiła poprawa w ruchach chorej.

III. Kol. Tyszka wygłasza odczyt: O leczeniu wysiękowego zapalenia błon surowiczych przetworami złota.

W dyskusji Kol. Węgrzynowski zauważa, że stosowanie przetworów złota w terapji gruźlicy nie utrzymało się.

Kol. St. Ostrowski mówi o dobrych wynikach w przypadkach niektórych schorzeń skóry i lupus erythematodes. Na podstawie rozważań Sechera podnosi podobieństwo w tłumaczeniu objawów zwłaszcza skórnych, jak po działaniu Salwarsanu.

VI. Posiedzenie z dnia 2 marca 1928.

Przewodniczy kol. Ziembicki. Protokołuje St. Ostrowski.

Obecnych 43.

I. Kol. Ziembicki podnosi konieczność nadsyłania autoreferatów. Prostuje omyłkę w sprawie nagrody dla Kol. Czyżewskiej, która przysługuje również Kol. Goertzowi.

II. Kol. Schusterówna okazuje: a) guz lewej nerki o jednostajnem nacieczeniu, b) nowotwór, wychodzący z grasicy, w oskrzelach, otoczeniu wnęki, w płucach i gruczołach okolicznych; hist. stwierdzono mięsak okrągło komórkowy, c) wadę rozwojową u 12-dniowego dziecka z nerkami bardzo powiększonemi skutkiem zastoiny z wylewem krwawym po zaczopowaniu żył, prawdopodobnie pochodzenia streptococ. Pozatem w sercu stwierdzono Ductus Botalli apertus i zwężenie tętnicy głównej.

Kol. Goertz omawia przebieg kliniczny odnośnie do pokazu z nowotworem grasicy.

III. Kol. Dobrzański przedstawia: a) ciało obce w lewem oskrzelu u chłopca (pokaz Rentgenogramu); ciało obce wyjęte w uśpieniu ogólnem za pomocą bronchescopji dolnej szczypczykami, b) chorego ze zwężeniem twardzielowem krtani; w czasie rozszerzenia leczniczego przez lekarza nastąpiło oderwanie części instrumentu i wpadnięcie do oskrzela, ułamek wyciągnięto za pomocą szczypczyków w bronchoscopji.

Kol. Tomanek zestawia pokrótce objawy fizykalne płuc przed i po wycięciu ciała obcego. Objawy wspomniane były dosyć znamienne, gdyż pozwalały na zlokalizowanie ciała obcego W płucach z tyłu po lewej przytłumiono bębenkowy wypuk poniżej kąta łopatki, wydech chuhający. Liczne furczenia i świsty, a zwłaszcza silnie wydłużone wydechy, sprawiające wrażenie dychawicy oskrzelowej, można w tym przypadku tłumaczyć jako następstwo odruchowego skurczu oskrzeli po zadrażnieniu ciałem obcem, gdyż zaraz po jego usunięciu objawy tego skurczu nastąpiły.

Dyskusja: Kol. Meisels przypomina omawiane przez siebie przypadki rozszerzenia przełyku, które zebrał i opisał obszernie w pracy p. t.: „Idiopatyczne rozszerzenie przełyku", drukowanej w Księdze pamiątkowej Wydziału lekarskiego U. J. K. w roku 1920. Zwraca następnie uwagę na to, że przyczyną skurczu wpustu, powodującego rozszerzenie przełyku są często poważne anatomiczne zmiany w ścianach podprzeponowej części przełyku. Ale także i zmiany w ścianach żołądka, jak np. w przypadku Schlesingera rak środkowej części żołądka, mogą wywoływać skurcz wpustu, a w następstwie tego ogólne rozszerzenie przełyku. To samo tyczy się ograniczonych rozszerzeń przełyku jakimi są uchyłki, które również często powstają wskutek anatomicznych zmian w ścianach niżej leżących odcinków przełyku.

Kol. Schramm wątpi o obecności prawdziwego uchyłka w przedstawionym przypadku.

Kol. Ziembicki podnosi, że uchyłek ponad wszelką wątpliwość także przy pomocy ezofagoskopji, zdjęcie nie daje dokładnego obrazu dlatego, że treść kontrastowa wylewa się w tym przypadku przez brzegi uchyłka.

Kol. Węgłowski nie wątpi w istnienie uchyłka w przedstawionym przypadku i dodaje uwagi co do topografji.

Kol. Dobrzański omawia wystarczalność ezofagoskopji i omawia przyczyny regurgitacji.

V. Kol. Wiczyński przedstawia: a) skręt przydatków, b) 2 przypadki przetok pęcherzowo-pochwowych operowanych śródpęcherzowo. Dyskusję odłożono.

VII. Posiedzenie z dnia 9 marca 1928 r.

Przewodniczy kol. Ziembicki. Protokołuje St. Ostrowski.

Obecnych 46.

I. Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci śp. Kol. Małaczyńskiego. Obecni uczcili pamięć śp. Zmarłego przez powstanie.

II. Kol. Hilarowicz przedstawia: a) chorego po operacji z powodu nowotworu ramienia i transplant. tibii, pokaz rentgenogramu. Przeszczepienie dało wynik dodatni, b) chorego operowanego z powodu mięsaka żuchwy, brak pokryto najpierw protezą metalową, potem własną kostną z przeszczepienia żebra, rentgenogram, c) preparat z guza jelita c. chorego z objawami zwężenia jelita. Jest to polipowata narośl złożona z 2 części; histol. ustalono mięsako-włókniak.

Dyskusja: Kol. Schramm omawia przypadek przeszczepienia kości podudzia, jest to drugi przypadek podobnego zabiegu. Mówca sądzi, że ruchomość prawdopodobnie będzie mimo wszystko nieco upośledzoną.

Kol. Węgłowski mówi o metodzie wyparzania kości, jednak uważa, że w przypadku Kol. Schramma postępowanie musiało być takie, jakie zastosował operator.

III. Kol. Oberländer przedstawia chorego z wrodzonym uchyłkiem pęcherza. Po krótkiem przedstawieniu historji uchyłka i teorji powstawania uchyłków pęcherzowych, przedstawia chorego liczącego lat 50 z wrodzonym uchyłkiem pęcherza — stwierdzonym badaniem cystoskopowem — na tylnej ścianie pęcherza, nieco poza linją środkową po stronie lewej. Dla dokładnego określenia położenia i wielkości uchyłka użył do pomocy trzech sposobów badania Rentg.

1) Pneumocystoradiografję, która dała słabo wyraźny wynik segmentowanej budowy pęcherza.

2) Dla wywołania silniejszego kontrastu użył do wypełnienia pęcherza 250 g 25% roztworu Natr. brom. i otrzymał wyraźny cień pęcherza w pośrodku przewężowego. Strona lewa przedstawiała się jako większa owalna kula. Przy trzecim sposobie wprowadził za pomocą cystoskopu kateter jedwabny 5 Char. do uchyłka przez tegoż otwór, wypełniwszy go 30 g 25% roztworu Natr. Brom. W uchyłku po wyjęciu cystoskopu pozostał kateter jedwabny a kateter Nelatona w pęcherzu. Na kliszy tego ostatniego zdjęcia widzimy wyraźnie otwór uchyłka po lewej stronie pęcherza, przez który do wnętrza dostał się kateter cienki, jedwabny i nawinął się spiralnie około ścian owalnego, wielkości jaja kurzego, silnie odznaczającego się uchyłka.

Kateter Nelatona widać obok w pęcherzu wypełnionym powietrzem. Dr. Dr. O. uważa ten trzeci sposób badania i stwierdzenia uchyłka w pęcherzu jako jedynie pewny. W przedstawionym przez O. przypadku mamy do czynienia z wrodzonym uchyłkiem pęcherza; nie mamy bowiem żadnych przeszkód w drogach odprowadzających mocz, któreby były mogły przy długotrwałem schorzeniu wywołać powstanie uchyłka.

W dyskusji Kol. Flecker omawia metody zdjęć w podobnych przypadkach.

IV. Kol. Ross omawia przypadek podwójnej macicy i pochwy.

W dyskusji Kol. Schramm radzi nazywać taką macicę podzieloną a nie podwójną.

V. Kol. Ross przedstawia preparat torbielaka jajnika z pokazem zdjęcia i omówieniem zmian klinicznych. Dokonano operacji po laparatomji. Histologicz. wykazano torbielak brodawczasty.

VI. Kol. Ziembicki przedstawia zdjęcia chorej, u której stwierdzono 45 litrów płynu w cyście jajnikowej.

W dyskusji nad przetokami pęcherzowo-pochwowemi, omówienemi przez kol. Wieczyńskiego.

Kol. Barącz zwraca uwagę, że w ten sam sposób operował około r. 1890 na oddziale chirurgicznym ś. p. Prof. Ziembickiego kobietę z wielką przetoką usadowioną blisko szyjki macicy. W czasie tym ogłosił Mac Gill w *Canadian Practitioner* swoją metodę zupełnie podobną do sposobu Treudelenburga, którą stosował w przypadkach, gdzie zwykły sposób operowania przez pochwę zawiódł.

W pozycji Treudelenburga wykonał Kol. B. cięcie nadłonowe otworzył na znaczniejszej długości pęcherz, przyszył jego ściany prowizorycznie do ściany brzusznej i przy pomocy reflektora czołowego odświeżył szeroko przetokę wycinając zarazem blizny otaczające przetokę. Błonę śluzową pęcherza zaszył cienkim katgutem, przyczem asystent wypierał pęcherz od str. pochwy, założył kateter Pezzera do pęcherza, wyprowadził go przez cięcie nadłonowe, zaszył pęcherz i powłoki brzuszne, sączkując tkankę przedpęcherzową.

Następnie w położeniu jak do cięcia na kamień zaszył dwoma rzędami szwów jedwabnych przetokę od strony pochwy. Kateter usunął po 2 tygodniach. U chorej nastąpiło trwałe wyleczenie.

Metoda ta daje większą gwarancję wyleczenia trudnych przypadków przetok pęcherzowo pochwowych, a wielką rolę odgrywa przytem drenowanie pęcherza przez powłoki brzuszne.

Kol. Barącz niewie na pewne czy Mac Gill jest autorem tej metody. Zwrócił on na nią już raz uwagę przy sposobności wykładu kol. Sołowija o leczeniu przetok pęcherzowo-pochwowych drogą laparatomji. Metoda, która się posługiwał kol. B. i kol. Wiczyński w 3-cim swoim przypadku: szycie osobne pęcherza drogą nadłonową w pozycji Treudelenburga i osobne zaszycie pochwy w pozycji jak do cięcia na kamień, czyli inaczej mówiąc zdwojenie szwów daje jak sądzi kol. Barącz większą gwarancją powodzenia aniżeli szycie tylko od strony pęcherza ze szwami pogłębionymi.

Dla ułatwienia szycia pęcherza polecałby prowizoryczne przyszycie ścian pęcherza do powłok brzusznych, wyparcie pęcherza od strony pochwy, palcami lub kolpeuryntrem i użycie lampki elektrycznej Clara do oświetlenia pęcherza.

Kol. Sołowij omawia metody operacyjne z laparatomją w podobnych przypadkach, których miał 25.

Kol. Ostrowski omawia swoje przypadki operowane drogą pęcherzową.

Posiedzenie VIII. z dnia 16 marca 1928 r.

Przewodniczy kol. Ziembicki. Protokołuje St. Ostrowski.

Obecnych 40.

I. Kol. Leszczyński ogłasza program zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze na podstawie pisma z Centralnego Zarządu.

II. Kol. Demianowska omawia zmiany w układzie ruchomym: a) u chorej 16 lat. wyzn. moj., b) u chorej 27 lat z zaburzeniami ruchowymi strijalnymi po encephalitis.

III. Kol. T. Ostrowski przedstawia chorą, u której rozpoznano pierwotnie raka pęcherzyka żółciowego. W czasie operacji stwierdzono guz, wychodzący z woreczka żółciowego, oblepiony siecią nowotworową, wewnątrz znaleziono kamyki i żółć w ilości 200 cm³. Omówienie sposobu chirurgicznego zabiegu.

IV. Kol. Cieszyński przedstawia następujące przypadki: 1) *Jednostronny rozszczep wargi górnej i podniebienia twardego i miękkiego (Cheili-gnatho-urano-schisis)* u 16-letniej dziewczyny. *Chirurgiczno-ortopedyczne przygotowanie do operacji plastycznej.*

Widoki operacyjne niekorzystne ze względu na szerokość szpary i wydatność przedniego odcinka górnego wyrostka zębodołowego z zębami 3—1 / 1 2 wystającymi o 7 mm przed łuk zębowy dolny. Wykonano sztuczne złamanie szczęki między 4) a 3), przecinając wyrostek zębodołowy także bez obrażenia błony śluzowej podniebienia. Ustalono fragment łukiem na pierścieniach osadzonych na 6) i (6. Celem umożliwienia drożności dolnego przewodu nosowego, wycięto 2 dni przed operacją wybitnie hipertoniczną dolną małżowinę. — 3 dni po stworzeniu sztucznego złamania żuchwy zrobiono aparat kontrakcyjny mający doprowadzić do hiperkontrakcji górnego łuku zębowego. Zaraz po sztucznem złamaniu reponowano przedni odcinek do kształtu dolnego łuku zębowego. Do 3 tygodni nastąpi zwężenie łuku zębowego i znaczne zwężenie szpary (do 6 mm). Do 6 tygodni należy się spodziewać zrostu sztucznego złamania. Doraźne naprostowanie przedniego odcinka ułatwi plastykę podniebienia i skórne zabiegi ortopedyczne do minimum. Przed wykonaniem plastyki chora zostanie ponownie przedstawiona w Towarzystwie Lekarskiem. (Szczegółowy opis z rycinami ukaże się po wyleczeniu chorej w Przeglądzie chirurgicznym).

W dyskusji Kol. Barącz uważa, że szerokość szpary pokazana na odlewie jest tak wielka, że nie można się spodziewać pomyślnego wyniku operacji.

Kol. Cieszyński przypuszcza, że po hiperkontrakcji widoki na pomyślny wynik operacji poprawią się znacznie.

Zatykadło zawsze można założyć. Zabieg chirurgiczny przedwstępny zawsze był wskazany i skracał późniejsze ortopedyczne leczenie z 6 miesięcy na 4 tygodnie i stwarza korzystne warunki dla operacji plastycznej podniebienia jako i operacji zajęczej wargi.

2) Chora 12-letnia, u której wykonano *zatykadło po wypiłowaniu połowy szczęki górnej* z powodu epulis sarcomatosa (w chirurgicznym oddziele pedjatrycznego szpitala).

Dziecko 12-letnie nierozwinięte fizycznie, o wzroście 6-letniego dziecka a rozwoju psychicznym 4-letniego. Wykonano zatykadło o kształcie zwykłej płytki zębowej osadzonej na 2 klamrach z nierdzewiejącej stali z dodaniem ssawki bez wypełnienia jamy szczękowej. Prelegent jest zasadniczo przeciwny wielkim zatykadłom robionym przez innych autorów, które mają wypełnić jamę stworzoną przez operację i wypełniać jamę szczękową. — Dziecko zadowolone z przyrządu je bez trudności, płyny nie przychodzą nosem dziecko mówi poprawnie. Po wyrżnięciu się (7 zamieni klamrę na (6 na koronę teleskopową, która lepiej aniżeli klamra gwarantować będzie przytrzymywanie na miejscu płytki.

Kol. Chrapek omawia przypadek 2-czasowej thorakoplastyki wykonanej sposobem Sauerbrucha w znieczuleniu miejscowem u 18-letniej dziewczyny z powodu kawern gruźliczych w górnym lewym płacie. Operację wykonano w 4 miesiące po phrenikotomji.

W I akcie wycięto częściowo 6 żeber od 11-ego w górę, w II akcie 5 żeber łącznie z pierwszym. I akt chora zniosła bardzo dobrze, wstała po czwartym dniu, II — w 5 tygodni później — dość ciężko, jednakowoż po kilku dniach krytycznych stan chorej znacznie się poprawił. Obecnie w 6 tygodniu po operacji czuje się zupełnie dobrze.

Dyskusja: Kol. T. Ostrowski omawia swoje przypadki thorakoplastyki, uważa zabieg za korzystny dla chorych. Wzywa do przysyłania chorych nie u krańca gruźlicy. Mówca uważa, że w przypadkach otoków ropnych czy gruźlicy płuc wyniki są bardzo dobre.

Kol. Schramm uważa, że zabieg nie jest lekki i obojętny. Jeżeli chory przetrzyma pierwszych kilka dni, to prognoza nie jest zła.

Kol. T. Ostrowski podkreśla, że żaden z jego kilkunastu chorych nie umarł.

Kol. Węgrzynowski podnosi trudność nakłonienia chorych do thorakoplastyki.

Kol. Chrapek omawia warunki korzystne i niekorzystne thorakoplastyki, zależnie od zmian w płucach.

V. Kol. Elmer i Scheps. Odczyt. „Próba cholesterynowotłuszczowa w marskości wątroby".

Posiedzenie IX. z 23 marca 1928 r.

Przewodniczy kol. Ziembicki. Protokołuje St. Ostrowski.

Obecnych 64.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne ku czci ś. p. Prof. Tadeusza Browicza, Członka honorowego naszego Towarzystwa. Obecni wysłuchali w skupieniu obszernego życiorysu i uczcili pamięć śp. zmarłego przez powstanie. Do rodziny wysłano list kondolencyjny.

I. Kol. Węgrzynowski wygłasza odczyt: „O szczepieniach ochronnych przeciwgruźliczych modo Calmette".

W dyskusji Kol. Wernicki mówi o 2 metodach szczepienia Calmetta: 1) o doustnej u osesków, 2) o szczepieniu podskórnem i jednorazowem, w małych dawkach (o. ol. mg.) u dzieci starszych i dorosłych w Polsce.

Kol. Gąsiorowski: Chcąc rzeczowo ocenić sprawę ochronnego szczepienia za pomocą szczepionki *B. C. G.* Calmette'a musimy odpowiedzieć na następujące pytania zasadnicze mianowicie, czy prątki *B. C. G.* jako takie działają szkodliwie, lub nie na ustrój zwierzęcy i ludzki, następnie czy szczepionka Calmette'a działa uodparniająco przeciw zakażeniu gruźliczemu. Jak z dotychczasowego piśmiennictwa wynika, wszyscy niemal opierając się na licznych doświadczeniach na zwierzętach stwierdzają zgodnie (Kraus, Weil-Halle, Turpin, Cechnowitzer, Gerlach), że prątki *B. C. G.* wstrzyknięte w dawce poleconej do szczepienia mogą wywołać zmiany sweiste z komórkami olbrzymiemi, które nie mają skłonności do zserowacenia i dalszego szerzenia się a tylko jako następowe znikają bez śladu. Dopiero w większych dawkach wprowadzonych śródżylnie lub śródotrzewnowo prątki *B. C. G.* mogą wywołać zmiany gruźlicze o silniejszem nasileniu — według Gerlacha zdolne nawet do szerzenia się i dające się przeszczepić na zwierzęta zdrowe — które w późniejszych okresach cofają się również bez następstw. Dotychczas tylko Nobel podaje, że 4 świnki morskie po wszczepieniu dużych dawek (80 mg) do otrzewnej padły mu na gruźlicę. Z dat powyższych wynika więc, że szczepionka *B. C. G.* zawiera prątki o bardzo słabej jadowitości i w dawce używanej przy szczepieniu ochronnem nie działa szkodliwie na zwierzęta. Co do zachowania się prątków *B. C. G.* wobec ustroju ludzkiego, to znane mi są z piśmiennictwa 2 przypadki gruźlicy opon mózgowych u dzieci szczepionych. Pierwszy opisany przez Calmette'a, w którym zakażenie drogą kontaktu z osobą chorą nie jest wykluczone i drugi przypadek cytowany przez Sergent i Rougebief o wątpliwem rozpoznaniu z powodu niewykonania sekcji. Wobec liczby dokonanych dotychczas szczepień a obejmującej już około 100.000 osesków, jak również wobec braku dostatecznie przekonywujących dowodów, iż wybuch gruźlicy w przytoczonych dwóch przypadkach był wywołany szczepieniem, można stosowanie szczepionki *B. C. G.* w dawkach poleconych przez Calmette'a przyjąć jako niedziałające szkodliwie na ustrój dziecka. O uodparniającem działaniu szczepionki świadczą daty statystyczne. Według Calmette'a na 6.219 szczepionych osesków pochodzących z ognisk gruźliczych zmarło na gruźlicę w pierwszym roku życia 0.9%, podczas gdy śmiertelność wśród tych samych warunków u dzieci nieszczepionych wynosi 25%. Podobnie niezwykle pomyślne wyniki zyskano na większym materjale szczepionych cieląt, owiec i małp (Ascoli, Pepeu).

Na podstawie przytoczonych faktów szczepionce *B. C. G.* należałoby przyznać wartość pierwszorzędnego znaczenia, gdyby nie doświadczenia Petroffa, któremu drogą pasaży przez świnki morskie udało się przemienić niejadowitą odmianę laseczników (R) zawartych w szczepionce *B. C. G.* na typ zjadliwy (S). Mimowoli nasuwa się tu poważne pytanie, czy podobnie i żywe prątki wprowadzone w wieku dziecięcym szczepionką *B. C. G.*, pozostając w ustroju w formie utajonej, nie uzyskają również swej pierwotnej virulencji, by w myśl tezy Beringa po upływie szeregu lat wywołać typową gruźlicę.

Opierając się na powyższych przesłankach przedstawiłem na konferencji Komitetu szczepień ochronnych metodą Calmette'a odbytej dnia 17 marca 1928 r. w Warszawie następujące wnioski:

1) na razie poleca się poddać szczepieniu ochronnemu metodą Calmette'a tylko oseski pochodzące z ognisk gruźliczych, które niemal bez wyjątku są narażone na zakażenie;

2) szczepienia te poruczyć można tylko instytucjom dającym pełną rękojmię, iż przeprowadzi je pod ścisłą kontrolą naukową.

Kol. Groer sprzeciwia się stosowaniu u nas szczepienia metodą B. S. G.

Kol. Progulski: Jak się okazuje z prac Nobla i Solé pedjatrów z Wiednia, prątek gruźliczy stanowiący szczepionkę Calmette'a zachowuje się bardzo zmiennie, kapryśnie. U jednych świnek kultury jego wstrzyknięte do jamy otrzewiowej niewywoływały serowacenia, u drugich jednak wytwarzały typowe gruzełki i zserowacenie, a z ognisk takich dało się nawet wyhodować prątka bynajmniej nie osłabionego, który przeszczepiony na inne zdrowe świnki wywołał u nich typową gruźlicę.

Dobre wyniki szczepienia opierają się głównie na wielkich już dzisiaj zestawieniach liczbowych. Pewne światło na ich wartość rzuca fakt, okólnika Ministerstwa Opieki Społecznej w Paryżu, skierowanego do wszystkich lekarzy, a nawet położnych, z propagandą jak najszerszego stosowania szczepień Calmettowskich wszystkim noworodkom. W zakładach dla niemowląt stojących pod

opieką rządową obowiązuje już przymus tychże szczepień. „Lekarzom i położnym pozostawiona jest należna im inicjatywa i zupełna swoboda w stosowaniu tego środka". Jak z powyższego wynika rząd francuski obdarzył ogół lekarzy i położne niezwykłem zaufaniem czy jednak ścisłości tych zestawień, a przedewszystkiem ich ewidencji odda to prawdziwą przysługę, jest watpliwe, jeśli się zważy, że pielęgniarstwo we Francji stoi na zbyt wysokim poziomie.

Nie można zrozumieć dlaczego Calmette przestrzega, przed unikaniem odczynów tuberkulinowych skórnych u szczepionych, jako niebezpiecznych z powodu możliwości ujawnienia ukrytej sprawy gruźliczej, gdy tymczasem zaleca „szczepienie ponowne" w II i III roku życia u dzieci z otoczenia gruźliczego, od którego to przecież wchłaniają one stale prątki gruźlicze! Na podstawie dzisiejszych naszych wiadomości o szczepieniach Calmettowskich, nie można sobie jeszcze wyrobić przekonania o zupełnym bezpieczeństwie tej metody, i dlatego proponuje zwrócenie się do kol. Profesora Gröera o postawienie odpowiedniej rezolucji dla uchwały Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

Kol. Węgrzynowski popiera swój wniosek, że dzieci osób gruźliczych należy szczepić.

Kol. Progulski wnosi o postawienie rezolucji.

Kol. Gröer uważa, że należy przeprowadzić w Polsce badanie w Zakładach naukowych, ponadto należy prowadzić ostatnie na zwierzętach domowych, w przypadkach zaś bezwzględnie wskazanych można ewentualnie zastosować szczepionkę B. S. G.

Kol. Pisek żąda, by szczepienie powierzone było tylko Zakładom.

Rezolucję odłożono do następnego posiedzenia.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 7 marca 1928.

Kol. Dengel wygłosił odczyt: *Internista a chirurg w zapatrywaniach swych na leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy.* Rzecz przeznaczona do druku.

W dyskusji nad odczytem mówią: Kol. Marzyński stwierdza, że różnica w poglądach pomiędzy chirurgiem a internistą na wskazania lecznicze u chorych na wrzód żołądka polega na tem, że chirurg rzadziej niż internista spostrzega chorych po dokonanym zabiegu. Statystyka prof. Kutnera, obejmująca 655 laparatomij u 486 chorych wykazuje, że ze 102 osób operowanych z powodu wrzodu żołądka 77 wróciło prędzej czy później do szpitala z dawnemi dolegliwościami. To samo dotyczy 384 chorych, poddanych laparatomji z innych powodów. Przy leczeniu wewnetrznem liczba chorych, u których występują nawroty, nie dochodzi do tak wysokiego odsetka, jak 75%, które wykazuje powyższa statystyka; — z tego wynika, że leczenie chirurgiczne nie wykazuje wyższości nad leczeniem wewnętrznem. Leczenie wewnętrzne wymaga dużej skrupulatności i wytrwałości leczonego i leczącego. Rozpoznanie wrzodu opierać się musi nie tylko na wyniku prześwietlania i badania treści żołądkowej, ale też co jest bardzo ważne, na badaniu kału na krwawienia utajone. Stała i długo trwająca obecność krwi w stolcu jest jednym z głównych wskazań do zabiegu chirurgicznego. Kol. Goldman przytacza zdanie Sauerbrucha, nawołujące do ostrożności w operowaniu wrzodów żołądka i dwunastnicy i stwierdza, że zapatrywania na tę sprawę nie różnią się dzisiaj od poglądów, jakie wypowiedzieli Mikulicz i Naunyn w 1897 roku.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 marca 1928.

1. Kol. Kacenelson przedstawia mężczyznę z *exophthalmus intermittens.* Wytrzeszcz występuje przy nachylaniu się chorego i ucisku na żyły szyjowe po stronie prawej. Prawa źrenica szersza niż lewa. Na prawym policzku, języku, karku i klatce piersiowej — liczne guzki żylne. Na podudziach duże żylaki. Guzy krwawnicze. Chód o typie móżdżkowym. Wybitny objaw Romberga. Zdjęcie czaszki zmian nie wykazało.

2. Kol. Kocen demonstruje dwie *chore po splenektomji,* dokonanej z powodu trombopenji u jednej w 1923 r., u drugiej w 1925 roku. U jednej obecnie brak wszelkich objawów; u drugiej ilość płytek stale 70.000, objaw opaskowy dodatni, krwawienie przedłużone; innych objawów schorzenia niema.

3. Kol. Kocen wygłasza odczyt: *Patogeneza i terapja skaz krwotocznych.* Prelegent na wstępie omawia współczesny stan klasyfikacji skaz krwotocznych i w myśl poglądów Tempki i Semerau-Siemianowskiego ustala następujące odmiany krwotoczności: 1) krwotoczność niedokrzepliwą, 2) małopłytkową, 3) naczynioporażenną, 4) naczyniozapalną i 5) awitaminową.

Krwotoczność niedokrzepliwą charakteryzuje zaburzenie równowagi między czynnikami, przyśpieszającemi krzepnięcie surowicy in vitro (trombokinaza) i osłabiającemi (antitrombina). Dużą rolę w patogenezie tej krwotoczności odgrywają też gruczoły płciowe, wiadomo bowiem, iż wyciąg jajników wzmaga krzepliwość, natomiast jądra męskie wydzielają ciała obniżające krzepliwość. Krwotoczność małopłytkowa polega na upośledzeniu czynnościowem śródbłonków naczyń oraz na zmniejszeniu ilości wytwarzanych w szpiku kostnym płytek. Według większości autorów dysfuncje śledziony powoduje uszkodzenie śródbłonków naczyń krwionośnych i jednocześnie zmniejszenie ilości płytek, których komórki macierzyste pochodzą od komórek śródbłonkowych. Przyczyną tego schorzenia, tak często występującego u kobiet, mają być zaburzenia wewnętrznego wydzielania ciała żółtego. W przypadkach objawowych dużą rolę odgrywają choroby zakaźne, zatrucia, choroby wątroby.

Krwotoczność naczynioporażenna powstaje pod wpływem rozpadu białka ustrojowego, jadów drobnoustrojowych oraz soli ciężkich metali. Dużą role odgrywają też czynniki nerwowe i mechaniczne, powodujące pękanie naczyń w miejscach symetrycznych.

Krwotoczność naczyniozapalna wywołana zostaje przez rozpadanie się śródbłonków naczyniowych, które walczą z zarazkami równolegle z ciałkami białemi. Śródbłonki te giną i przez to tworzą się wyłomy w masie kapilarów.

Krwotoczność awitaminowa jest wyrazem rozklejenia i rozmiękczenia śródbłonków naczyniowych pod wpływem jakościowego niedoboru pokarmowego.

Leczenie skaz krwotocznych skierowane jest w kierunku zwalczania przyczyn nadmiernego krwawienia, upośledzonej krzepliwości, łamliwości naczyń.

W niedokrzepliwości — podniesienie krzepliwości krwi można osiągnąć przez wprowadzenie ciał tromboplastycznych. Zastrzykujemy więc: Klauden, koagulen, roztwory hipertoniczne soli resp. chlorku sodu lub wapnia. Najbardziej wskazane jest przetaczanie krwi. Na zwiększenie trombokinazy wzgl. trombiny wpływają też zastrzyknięcia peptonu i naświetlania śledziony promieniami Rentgena.

Krwotoczność małopłytkową leczymy: 1) wprowadzając krew normalną, 2) naświetlając śledzionę lub szpik kostny, 3) usuwając operacyjnie śledzionę — wszystkie te metody zwiększają liczbę płytek. Zwiększenie szczelności naczyń otrzymujemy za pomocą wstrzykiwań pituitryny, emetyny i dożylnego podawania chlorku wapnia. W przypadkach krwotoczności naczynioporażennej i naczyniozapalnej największą uwagę trzeba zwracać na podniesienie sprawności naczyń.

Leczenie krwotoczności awitaminowej wymaga diety, zawierającej dużo witamin.

Sekretarz: *H. Ruegier.*

Protokół posiedzenia Klinicznego z dnia 4 kwietnia 1928 r.

1) Kol. Sterling wygłosił odczyt pod tyt.: *Tezy walki z gruźlicą.* (Praca ukaże się w druku).

Kol. Goldenberg zwraca uwagę na to, że mało czyni się dla walki z gruźlicą na prowincji, w małych miasteczkach i na wsi. Śmiertelność wśród nauczycielstwa wiejskiego jest duża. Na wsi często umierają na gruźlicę nauczycielowie wychowańcy seminarjum tutejszego, którzy podczas nauki w uczelni byli zdrowi. Szkoły na wsi są w stanie fatalnym, dzieci szkolne nie są badane latami, nie słyszy się głosów oburzenia na stan podobny, należałoby wreszcie uzdrowić te stosunki. Kol. Mikłaszewski jest zdania — że organizacja walki z gruźlicą jest dobrze pomyślana, lecz wykonywanie pozostawia wiele do życzenia; ilość przychodni jest zbyt mała, personel jest niedostateczny, dzieci skierowane do przychodni nie są zaraz badane aż po paru i więcej tygodniach. Należy zwiększyć ilość przychodni oraz zwiększyć personel lekarski. Kol. Dengel porusza sprawę izolacji chorych z gruźlicą otwartą; należałoby umieszczać chorych takich w specjalnych zakładach, o każdym przypadku należałoby zawiadamiać Wydział Zdrow. Publ. tak samo, jak się czyni przy innych chorobach zaraźliwych. Kol. Śliwiński widzi przyczynę szerzenia się gruźlicy wśród młodzieży szkolnej w tem, że w szkołach panuje ciasnota, że często szkoły są czynne na dwie zmiany, higjena szkolna nie stoi na wysokości zadania, lekarze szkolni nie poświęcają całkowicie swego czasu szkołom, mają często inne zajęcia. Kol. Tenenbaum uważa, że rozdawanie łóżek przez Sekcję do Walki z gruźlicą (co ma się stać w najbliższej przyszłości) nie będzie miało zbyt wielkiego znaczenia praktycznego, ponieważ chorzy nie będą mieli miejsca na ustawienie tych łóżek w ciasnym mieszkaniu, składającym się zazwyczaj z jednego pokoju w którem mieszka 6—8 ludzi, proponuje zwrócić uwagę na walkę z głodem mieszkaniowym. Kol. Godblum zapytuje, czy metoda lecznicza zakwaszająca daje dobre wyniki. Kol. Sterling w odpowiedzi zaznacza, że przyczynę szerzenia się gruźlicy wśród nauczycielstwa po

wsiach widzi w złych warunkach materjalnych tych nauczycieli; pobierają zbyt małe wynagrodzenie, zabija ich nie wieś, a złe warunki mieszkaniowe. mieszkania są często wilgotne, bez pieca.

W szkołach samych gruźlica rozszerza się w stopniu minimalnym, dzieci zarażają się nie w szkole, ale w domu, chore dzieci, jeżeli już plują, do szkoły nie uczęszczają. Sprawa izolowania chorych na gruźlicę jest zagadnieniem zbyt trudnem, chorzy sami nie życzą sobie tej izolacji, chcą zarobkować. W innych krajach (oprócz może Danji) sprawa ta też nie jest rozwiązana.

Co się tyczy leczenia zakwaszającego — to przeprowadzenie takiego leczenia napotyka na trudności, chorzy nie znoszą takiego pożywienia przez dłuższy czas. Sauerbruch ograniczył tę metodę do leczenia gruźlicy kostnej (z punktu widzenia teoretycznego metoda przedstawia pewne sprzeczności, zapalenie bowiem sprzyja powstawaniu gruźlicy).

Protokół posiedzenia z dnia 18 kwietnia 1928 r.

1. Kol. Neumark przedstawia 40-letniego mężczyznę z typowymi objawami *choroby Recklinghauzena.*

2. Kol. J. Schweig i A. Kacenelson wygłosili odczyt p. t.: Przypadek wytrzeszcza przestankowego. *Exophthalmus intermittens.* (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji Kol. Frenkiel zapytuje, czy przypadek opisany jest wyrazem sprawy degeneracyjnej, czy też zapalnej układu żylnego, jak przedstawiało się u chorego parcie krwi. Kol. Klozenberg zapytuje, czy w piśmiennictwie opisane są dane sekcyjne podobnych przypadków. Zapytuje jeszcze, czy objawy nerwowe są stałe, czy też spostrzega się ich nasilenie podczas bólu głowy i wytrzeszczu. Czy wytrzeszcz w danym przypadku zależny był od nachylenia się chorego. Kol. Sterling zapytuje, czy badano u chorego żyły dna oka i jak się przedstawiały. W odpowiedzi kol. Schweig zaznacza, że danych sekcyjnych w piśmiennictwie nie znalazł.

Objawy nerwowe w podobnych przypadkach są stałe. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego nie można przeprowadzić ścisłego rozgraniczenia między żylakami i nowotworami. W opisanym przypadku wytrzeszcz zależny był od zaparcia stolca, od nachylania się chorego, od ucisku na naczynia żylne szyjne. Dolna żyła siatkówki w oku chorem była rozszerzona. Leczenie chirurgiczne jest wskazane przy grożącem pogorszeniu wzroku. Parcie krwi u chorego wynosiło 135—100 mm rtęci, kapilary żadnych zmian nie wykazały.

Kol. Kacenelson dodaje jeszcze w odpowiedzi, że w przypadku opisanym miał do czynienia ze zwykłym naczyniakiem mózgu, że cierpienie trwa od 20 roku życia chorego — przez 27 lat.

Protokół wieczoru seminaryjnego z dnia 25 kwietnia 1928 r.

Kol. Hurwicz wygłosił odczyt p. t.: *Rozpoznawcze i rokownicze znaczenie histopatologji raka.*

(Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. Sterling, Misjon, Eljasberg, Gliksman, Frenkiel, Załeski i prelegent.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Organizacja wynalazców w Polsce. Niedawno zorganizowany, a tak ważny dla obrony państwa i przemysłu rodzimego, Związek Wynalazców Rzpltej Polskiej przystępuje do zorganizowania wynalazców na terenie Polski. Celem związku jest zapewnienie im opieki i okazanie pomocy zarówno naukowej, jak i technicznej, oraz umożliwienie realizacji pomysłów, leżących niejednokrotnie po kilka lat w oczekiwaniu na „lepsze czasy". Zagranicą, od szeregu lat, istnieją już Narodowe Instytuty Wynalazcze, to też rozwój wynalazczości jest tam niewspółmierny do naszego. Polska natomiast w światowej statystyce wynalazków zajmuje miejsce tuż przed Meksykiem. Gorąco zachęcamy wszystkich wynalazców, oraz interesujących się wynalazczością rodzimą, do przybycia na walne zebranie tej, tak pożytecznej instytucji, które odbędzie się dnia 10 września 1928 r. o godz. 19 w Warszawie, w wielkiej sali Stowarzyszenia Techników (ul. Czackiego Nr. 3-5). Na zebraniu tem spodziewana jest obecność przedstawicieli rządu, świata naukowego i przemysłowego. Bliższe szczegóły podaje miesięcznik „Wynalazki i odkrycia", zaproszenia zaś wysyła tymczasowy zarząd — Warszawa, ul. Bracka Nr. 18, tel. 403-50.

Według Nowin społ.-lek. nr. 15 z r. 1928.

Samorządowiec o działalności Samorządu w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego. Omawiając sprawę zdrowotności i szpitalnictwa w województwie białostockiem p. *K. Sobotka* tak charakteryzuje dotychczasową działalność samorządów na polu ochrony zdrowia publicznego („Samorząd" — 1927 — Nr. 4):

„Zasadniczą wadą gospodarki samorządów na tem polu *jest bezplanowe jej prowadzenie* (podkr. nasze). Działalność sejmików i wydziałów powiatowych skupia się przeważnie w jednym kierunku — lecznictwa z pominięciem najważniejszej strony — działalności zapobiegawczej, która pozostaje u nas prawie zupełnie zaniedbaną. Działalność ta przypomina nam pracę dawnych ziemstw z czasów okupacji rosyjskiej, które kładły główny nacisk na lecznictwo, celem zjednania sobie włościan, pomijając akcję zapobiegawczą. *Ujemne skutki takiej gospodarki wykazała statystyka śmiertelności, która pomimo znacznych sum, jakie były wydawane na lecznictwo, nie obniżała się zupełnie.* (podkr. nasze).

Jeżeli weźmiemy stosunek % wydatków na szpitalnictwo i inne cele zdrowotne w woj. Białostockiem, to *wykaże on nam, że sprawa ta u nas nie przedstawia się wiele lepiej.* (podkr. nasze). Wydatki na szpitalnictwo (w r. 1925) wahają się w poszczególnych powiatach od 58,6% (w kolszeńskim) do 100% (w wołkowyskim), przeciętnie zaś stanowią 85,47% ogólnych wydatków. Na inne cele zdrowotne i działalność zapobiegawczą pozostaje więc zaledwie 14,5%".

Rozważny i trzeźwy ten głos działacza samorządowego należy powitać z największem uznaniem. Państwo Polskie nie może i nie powinno dopuścić do tego, aby zapanowała anarchja zupełna na polu ochrony zdrowia publicznego u nas, podobna stosunkom rosyjskim. Prof. *Szumowski* w swej pracy o „Organizacji ziemstw rosyjskich" przytacza liczby, dowodzące, że najbogatsze i najlepiej zorganizowane ziemstwo moskiewskie przez fałszywy kierunek swej działalności sanitarnej, nie było w stanie opanować ostrych chorób zakaźnych wogóle i poradzić sobie nawet z ospą: liczono chorych zakaźnych w gubernji moskiewskiej

w roku	1883	— 14.890
„	1893	— 25.038
„	1903	— 43.310
„	1913	— 47.207

na ospę naturalną chorowało:

w roku	1889	— 96	osób
„	1893	— 4290	„
„	1896	— 101	„
„	1900	— 2024	„
„	1907	— 901	„
„	1908	— 2426	„

Liczby powyższe dają przerażający obraz nicości wysiłków samorządowej służby zdrowia moskiewskiego ziemstwa.

Modne obecnie usuwanie się państwa na plan drugi w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego i oddawanie samorządowi tej gałęzi administracji, w której dziś nic osiągnąć nie można bez jednolitego planu: kierunku z góry nakreślonego w kraju tak jak nasz zaniedbanym, musi doprowadzić nieuchronnie do takich stosunków, przed któremi przestrzega samorządowców p. Sobotka.

Ze świata.

X Karlovarski Międzynarodowy Kurs Lekarski ze specjalnem uwzględnieniem Balneologji i Balneoterapji. Tegoroczny Kurs Lekarski odbywać się będzie w czasie od 23 do 29 września. Odbędzie się 27 odczytów, które wygłoszone będą przez przedstawicieli ze sfer lekarskich Niemiec, Anglji, Finlandji, Francji, Holandji, Włoch, Austrji, Czechosłowacji i Węgier. Lokalne urządzenia kąpielowe pokazywane będą przez miejscowych fachowców, również postarano się o imprezy towarzyskie. Urzędnicy zagraniczni otrzymają bezpłatne wizy. Czesko-słowackie Ministerstwo Kolei udziela im od granicy Republiki Czesko-słowackiej do Karlovych Varów i z powrotem, jakoteż na turystyczne wycieczki wewnątrz kraju Republiki Czeskosłowackiej zniżkę kolejową 33%. Wiadomości udziela zarządzający dr. Edgar Ganz w Karlovych Varach.

Redakcja otrzymała:

M. Grzywo-Dąbrowska: „Psychologja prostytutki". Prostytutka w literaturze pięknej, w świetle badań naukowych i obserwacji szpitalnej. Warszawa 1928. Nakładem Polskiego lekarskiego Tow. wydawniczego.